

Просим принять участие в онлайн-опросе на странице [NCCN.org/patients/survey](https://www.nccn.org/patients/survey)



NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

2019

Рак желудка

Издано при поддержке:



Доступно онлайн-на странице [NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients)



**В море
информации
о раке легко
потеряться**

**Пусть это
руководство
NCCN Guidelines
for Patients[®]
станет вашим
путеводителем**



- ✓ Содержит подробные сведения о методах лечения опухолей, которые могут дать максимальный эффект.
- ✓ Основано на клинических рекомендациях, которыми пользуются врачи по всему миру.
- ✓ Поможет при обсуждении лечения с врачами.



Руководства для пациентов (NCCN Guidelines for Patients®) разработаны Национальной всеобщей онкологической сетью (National Comprehensive Cancer Network®, NCCN®)



NCCN

- ✓ Организация, объединяющая 28 ведущих онкологических центров США. Ее основные задачи — помощь пациентам, поддержка научных исследований и просветительская работа.

Онкологические центры, входящие в состав NCCN:
NCCN.org/cancercenters



Клинические рекомендации NCCN в области онкологии (NCCN Guidelines®)

- ✓ Разработаны специалистами онкологических центров NCCN на основе последних научных достижений и многолетнего опыта работы.
- ✓ Для специалистов по оказанию онкологической помощи во всех странах мира.
- ✓ Содержат экспертные рекомендации по скринингу, диагностике и лечению рака.

В открытом доступе на странице:
NCCN.org/guidelines



NCCN Guidelines for Patients

- ✓ Руководства для пациентов — информация из клинических рекомендаций NCCN в доступном изложении.
- ✓ Для людей с онкологическими заболеваниями и тех, кто их поддерживает.
- ✓ Содержат описания методов лечения рака, которые могут дать максимальный эффект.

Брошюры NCCN Quick Guide™

- ✓ Основные сведения из руководств NCCN Guidelines for Patients.

В открытом доступе на странице:
NCCN.org/patientguidelines



при финансовой поддержке фонда NCCN Foundation®

Настоящее руководство составлено на основе клинических рекомендаций NCCN в области онкологии (NCCN Guidelines®), посвященных раку желудка (версия 2.2019 от 3 июня 2019 г.).

© National Comprehensive Cancer Network, Inc, 2019. Все права защищены. Запрещается в любой форме и в любых целях воспроизводить руководство NCCN для пациентов (NCCN Guidelines for Patients®) и содержащиеся в нем иллюстрации без предварительного письменного разрешения NCCN. Никому, в том числе врачам и пациентам, не разрешается использовать это руководство NCCN Guidelines for Patients в каких-либо коммерческих целях, а также заявлять, заверять или давать основания полагать, что измененная каким-либо образом версия этого руководства берет свое начало от официального издания руководства NCCN Guidelines for Patients, составлена на его основе, связана с ним или проистекает из него. Работа над руководствами NCCN не прекращается, и их содержание обновляется по мере появления новых значимых данных. NCCN не дает никаких гарантий относительно содержания, использования или применения этого руководства и не несет никакой ответственности за последствия любых способов его применения или использования.

Фонд NCCN Foundation® старается поддержать миллионы людей с онкологическими диагнозами и членов их семей за счет финансирования и распространения руководств NCCN Guidelines for Patients®. Кроме того, NCCN Foundation считает своим долгом содействовать совершенствованию методов лечения рака путем спонсорской поддержки перспективных врачей страны, целенаправленно занимающихся инновационными исследованиями онкологических заболеваний. Дополнительную информацию и полную подборку материалов для пациентов и тех, кто за ними ухаживает, можно найти на странице NCCN.org/patients. Мы издаем руководства NCCN Guidelines for Patients исключительно за счет добровольных пожертвований. Сделайте пожертвование можно на странице NCCNFoundation.org/Donate.

National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®) и NCCN Foundation®
 3025 Chemical Road, Suite 100 | Plymouth Meeting, PA 19462 | 215.690.0300

В финансировании принимали участие



Фонд Debbie's Dream Foundation: Curing Stomach Cancer

Фонд Debbie's Dream Foundation: Curing Stomach Cancer (DDF) — это организация, в цели которой входит предоставление международных услуг бесплатного образования и поддержки больных раком желудка, их семей и лиц, осуществляющих за ними уход. Его деятельность направлена на повышение осведомленности о раке желудка, содействие финансированию исследований и стремление к главной цели — сделать рак желудка полностью излечимым. DDF с гордостью поддерживает этот важный и всеохватывающий информационный материал для пациентов и их семей. DebbiesDream.org



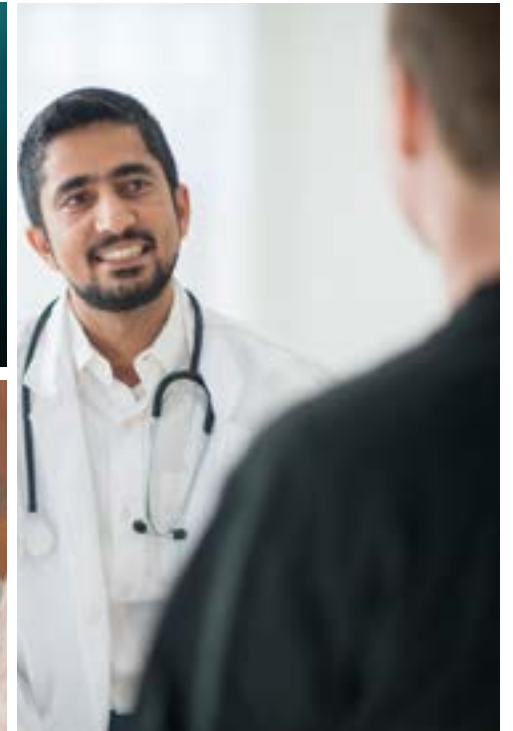
Hope for Stomach Cancer

Hope for Stomach Cancer — это некоммерческая организация, деятельность которой сосредоточена на помощи сообществу борьбы с раком желудка, начиная с пациентов и их разнообразных непосредственных потребностей. Ее цель заключается в предоставлении поддержки, ресурсов и информации больным раком желудка. Мы служим пациентам с раком желудка путем проведения научных исследований и мероприятий по раннему обнаружению и профилактике рака, помогая спасти жизни и искать действенные методы лечения. Мы с радостью поддерживаем руководство NCCN Guidelines for Patients®: Stomach Cancer как бесценный информационный материал для людей, столкнувшихся с раком желудка. <https://stocan.org/>



No Stomach For Cancer

Это организация, неумолимо работающая над продвижением образования и просвещения по вопросам рака желудка в медицинском и научном сообществе и над предоставлением полученной информации пациентам и лицам, осуществляющим за ними уход. Следуя миссии организации, NSFC поддерживает исследовательские инициативы по скринингу, раннему обнаружению, лечению и профилактике рака желудка. Организация No Stomach For Cancer с гордостью поддерживает это всеохватывающее руководство для пациентов и их семей. nostomachforcancer.org



Содержание

- 6 Основные сведения о раке желудка
- 14 Стадирование рака желудка
- 19 Обзор методов лечения рака
- 27 Справочник по методам лечения
- 43 Ведение пациентов, перенесших рак
- 47 Принятие решений о лечении
- 56 Пояснение терминов
- 58 Соавторы NCCN
- 59 Онкологические центры в составе NCCN
- 60 Указатель

1

Основные сведения о раке желудка

-
- 7 Желудок

 - 8 Типы рака желудка

 - 9 Диагностика и составление плана лечения

 - 13 Другие виды ухода до лечения

 - 13 Краткое содержание



Вы узнали, что у вас рак желудка. В такой ситуации вполне нормально испытывать шок и смятение. В этой главе содержится вводная информация о раке желудка. Она поможет вам приступить к составлению плана лечения.

Желудок

Желудок — крупный полый орган пищеварительной системы. Пищеварительная система расщепляет пищу на элементы, которые может использовать организм. В этой системе желудок — один из четырех органов, составляющих желудочно-кишечный тракт. **См. рисунок 1.**

Пища изо рта попадает в желудок через пищевод. В желудке она расщепляется, превращаясь в жидкость. Из желудка пища переходит в тонкий кишечник, откуда

питательные элементы всасываются в кровотоки. В толстом кишечнике неиспользованная пища подготавливается к выведению из организма.

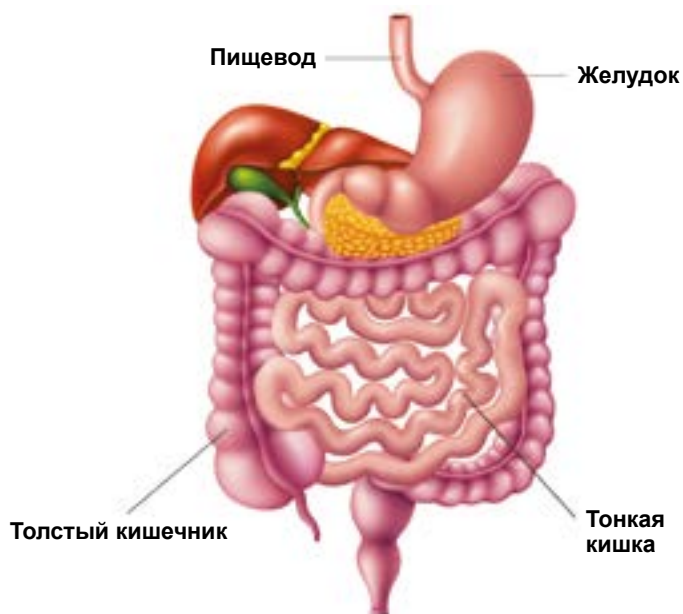
Стенка желудка

Стенка желудка состоит из четырех основных слоев. **См. рисунок 2.** Внутренний слой, который соприкасается с пищей, называется слизистой оболочкой. Она состоит из трех подслоев: эпителия, собственной пластинки и мышечной пластинки слизистой оболочки.

Эпителий вырабатывает липкую, густую жидкость, которая называется слизью и защищает желудок. Собственная пластинка содержит соединительную ткань, крохотные лимфатические пространства и железы. Лимфа — это прозрачная жидкость, снабжающая клетки водой и питательными веществами и содержащая клетки крови, которые борются с вредными микроорганизмами. Мышечная пластинка слизистой оболочки — это тонкий слой мышц, отделяющий слизистую оболочку от подслизистой.

Рисунок 1. Пищеварительный тракт

Желудок — один из четырех органов, составляющих желудочно-кишечный тракт. Пища попадает в желудок через пищевод. После расщепления до жидкого состояния пища переходит в тонкий кишечник. В толстом кишечнике неиспользованная пища подготавливается к выведению из организма.



Второй слой стенки желудка называется подслизистой оболочкой. Она состоит из соединительной ткани и содержит кровеносные сосуды и нервные клетки. В ней также расположены более крупные лимфатические пространства.

Третий слой называется мышечной оболочкой. Она состоит главным образом из мышечных волокон. Эти мышцы помогают проталкивать пищу через желудок.

Четвертый слой — это наружная часть желудка. Серозная оболочка, также называемая висцеральной брюшиной, — это пленка, выстилающая стенку желудка. Она содержит тонкий слой соединительной ткани, называемый субсерозной оболочкой, покрытый одинарным слоем клеток, которые вырабатывают смазочную жидкость. Благодаря этой жидкости желудок гладко скользит, соприкасаясь с другими органами.

Типы рака желудка

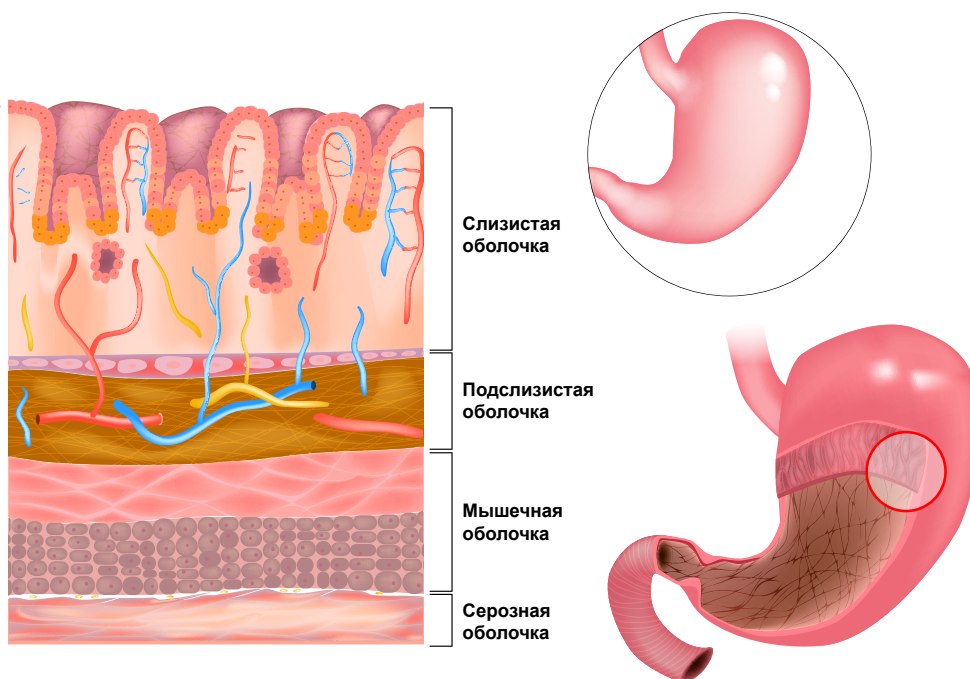
В большинстве случаев рак желудка зарождается в клетках, выстилающих внутреннюю поверхность желудка и вырабатывающих слизь. Такой рак называется аденокарциномой. Почти все случаи рака желудка представляют собой аденокарциномы. **В этом издании рассматриваются именно аденокарциномы желудка.**

Аденокарциномы желудка бывают двух основных типов. Клетки кишечного типа слипаются друг с другом, образуя структуры в форме трубок и колец. Клетки диффузного типа не слипаются и распределяются по широкой области, которую можно с легкостью увидеть на поверхности.

Многие опухоли, зарождающиеся в желудке, лечат как рак желудка. Но опухоли, которые зарождаются в самой верхней части желудка (2 см или около дюйма) и переходят на область между пищеводом и желудком, лечат как рак пищевода. Информацию о методах лечения таких опухолей можно найти в руководстве NCCN для пациентов [NCCN Guidelines for Patients: рак пищевода](#).

Рисунок 2. Стенка желудка

Стенка желудка состоит из четырех слоев. Внутренний слой, который соприкасается с пищей, называется слизистой оболочкой. Именно в ней обычно зарождается рак желудка.



Диагностика и составление плана лечения

Осмотр и анамнез

Проведение осмотра и проверка анамнеза — два важных первых этапа первоначальной проверки («обследования») при подозрении на рак желудка.

Ваш анамнез включает информацию обо всех связанных со здоровьем событиях вашей жизни и лекарствах, которые вы когда-либо принимали. Он также включает сведения о симптомах, которые могут быть связаны с раком желудка. Анамнез помогает врачам узнать, достаточно ли вы здоровы, чтобы перенести операцию и химиотерапию.

Генетическая оценка рисков

У некоторых людей вероятность возникновения рака желудка выше, чем у других. Все, что повышает ваши шансы заболеть раком желудка, называется фактором риска. Факторы риска могут быть связаны с деятельностью человека, его личными чертами или особенностями окружающей среды. Анамнез помогает врачу оценить, вызван ли рак желудка патологическими изменениями в генах, которые передаются от родителей детям (наследуются). Этот процесс называется *генетической оценкой рисков*.

В рамках генетической оценки рисков ваш врач расспросит вас об анамнезе ваших кровных родственников. Важно знать, какие болезни были у членов вашей семьи и сколько лет им было на момент их диагностирования. Врач может задать вам вопросы о здоровье ваших детей и внуков, братьев и сестер, родителей и их братьев и сестер, а также бабушек и дедушек.

Возможно, ни у кого из членов вашей семьи не было ни рака желудка, ни других связанных с ним видов рака. Синдромом называют сочетание одновременно встречающихся признаков или симптомов, указывающих на повышенный риск какого-либо заболевания. Синдром — это группа признаков или симптомов, которые возникают вместе и указывают за возможное присутствие или риск болезни. К наследственным синдромам, связанным с раком желудка, относятся указанные далее.

- Наследственный диффузный рак желудка (НДРЖ).

- Синдром Линча.
- Ювенильный полипозный синдром.
- Синдром Пейтца — Егерса.
- Классический или аттенуированный семейный аденоматозный полипоз (САП/аСАП).

Если ваш врач считает, что у вас наследственный рак желудка, он должен направить вас на генетическую консультацию. На консультации врач-генетик предложит вам пройти исследование на наличие синдромов, связанных с раком желудка. Для этого исследования вам нужно будет сдать образец крови. Врач-патоморфолог проведет анализ этого образца, чтобы проверить, нет ли у вас генных мутаций, которые могут вызывать такого рода синдромы.

Перечисленные ниже наследственные синдромы также могут быть связаны с повышенным риском развития рака желудка. Но в рамках данного исследования не предусмотрено проведение анализов на рак желудка у людей с указанными далее синдромами.

- Синдром атаксии-телеангиэктазии.
- Синдром Блума.
- Наследственный синдром рака молочной железы и яичников.
- Синдром Ли — Фраумени.
- Пигментная ксеродерма.
- Синдром Каудена.

Регулярные анализы крови

Ниже описаны стандартные анализы крови, входящие в обследование при большинстве онкологических заболеваний.

Общий анализ крови (ОАК)

ОАК позволяет получить важную информацию о компонентах крови. Например, о количестве лейкоцитов, эритроцитов и тромбоцитов. Пониженное количество клеток крови может быть вызвано тем, что рак распространился в кости или вызывает кровотечение, либо другой проблемой со здоровьем.

Комплексный биохимический анализ крови

Присутствующие в крови химические вещества образуются в печени, костях и других органах. Комплексный биохимический анализ крови позволяет выявить снижение или повышение уровней этих химических веществ. Отклонения от нормы могут быть вызваны распространением рака или другими заболеваниями.

Диагностическая визуализация

Диагностическая визуализация позволяет заглянуть внутрь вашего тела. На изображениях можно увидеть размер, форму и расположение опухоли. Кроме того, можно определить, распространился ли рак за пределы желудка. Для поиска рака желудка, составления плана лечения и проверки результатов лечения используются разные виды диагностической визуализации.

Компьютерная томография (КТ)

КТ — распространенный метод диагностической визуализации, в котором для создания изображений внутренних органов используются рентгеновские лучи. В рамках обследования при раке желудка вам следует пройти КТ органов грудной клетки, брюшной полости и таза.

Для повышения четкости изображений используется контрастный краситель. Краситель вводится в вену и смешивается с жидкостью, которую вам дают выпить. Он может вызвать у вас приливы крови или аллергическую сыпь. Изредка возникают серьезные аллергические реакции. Сообщите своему врачу и лаборантам, если у вас в прошлом возникала реакция на контрастный краситель.

ПЭТ/КТ

Иногда КТ совмещают с другим методом диагностической визуализации под названием «позитронно-эмиссионная томография» (ПЭТ). Когда эти два метода применяются вместе, исследование называют ПЭТ/КТ. ПЭТ позволяет определить области в организме с более высокими показателями в сравнении со здоровыми клетками.

Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта (также называемая эзофагогастродуоденоскопией [ЭГДС]) позволяет врачу заглянуть внутрь вашего пищевода и желудка. Для этого исследования используется длинный и тонкий прибор под названием «эндоскоп». На конце эндоскопа есть осветительная лампа и видеокамера. Эндоскоп вводят через горло в пищевод и желудок.

См. рисунок 3.

Врач записывает, в каком месте пищевода или желудка расположена опухоль. Если опухоль находится вблизи от пищевода, обычно указывают также расстояние от пищеводно-желудочного перехода.

Во время процедуры врач может взять кусочек опухоли для исследования. Эта называется биопсией. При этом иногда дополнительно отбирают образцы тканей, на которые с наибольшей вероятностью мог распространиться рак, и тех тканей, которые кажутся врачу подозрительными. Биопсийный материал отправляют врачу-патоморфологу для исследования. После эндоскопии может появиться небольшая отечность и охриплость голоса.

Эндоскопическая ультрасонография

Эндоскопическая ультрасонография сочетает в себе методы визуализации и эндоскопии и позволяет определить, насколько глубоко опухоль вросла в стенку желудка. Кроме того, с помощью этого метода можно увидеть признаки рака в лимфатических узлах и соседних органах.

Скорее всего, врач назначит вам эндоскопическую ультрасонографию, если предположит, что опухоль еще не сильно разрослась (заболевание на ранней стадии), или захочет определить тип опухоли: на ранней стадии или местнораспространенный.

Если наблюдаемая картина заставляет заподозрить распространение рака на соседние структуры, можно с помощью эндоскопа выполнить процедуру под названием «тонкоигольная аспирационная биопсия» (ТАБ). Для получения образца вам введут иглу через стенку желудка или пищевода в близлежащие

ткани. Образцы могут брать из лимфатических узлов или соседних с желудком органов, таких как печень.

Эндоскопическая резекция

В отличие от методов, используемых только для диагностики, эндоскопическую резекцию чаще применяют в лечебных целях для удаления опухолей, которые не успели глубоко прорасти в стенку желудка. Используя инструменты, вставленные в эндоскоп, врач может удалить опухоль (-и) и ткани, в которых высока вероятность развития рака. **Эндоскопическая резекция играет очень важную роль в определении стадии начального рака желудка.**

Лапароскопия с цитологическим исследованием

Это исследование представляет собой хирургическую процедуру, которая позволяет врачу искать признаки заболевания внутри области живота (брюшной полости). Лапароскопическим методом можно обнаруживать отдаленные метастазы в ткани, выстилающей брюшную полость (брюшине), или в печени. Ваш врач может порекомендовать

лапароскопию при раке желудка в указанных далее случаях.

- Рак распространился за пределы первого слоя стенки желудка, но не в удаленные от желудка области.
- Его можно лечить с помощью химиолучевой терапии или хирургической операции.

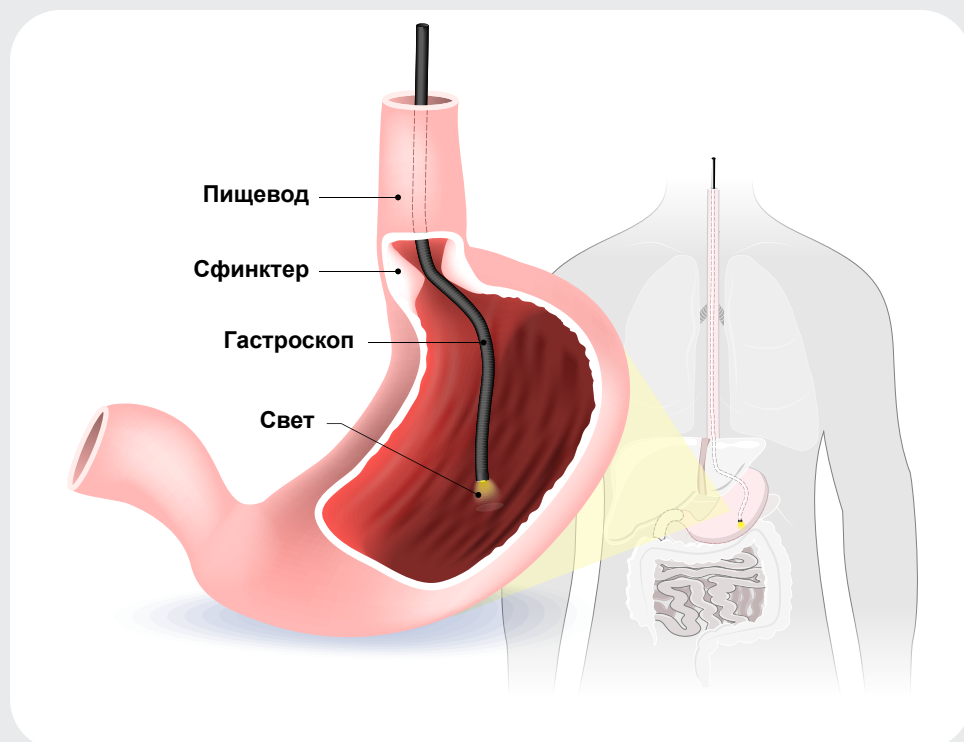
Лапароскопия проводится под общим наркозом. Для этой процедуры используют лапароскоп, инструмент, очень похожий на эндоскоп. Часть лапароскопа в виде трубки вводят через небольшой разрез в животе. Во время лапароскопии врач может осмотреть брюшную полость на наличие признаков рака и взять на анализ промывную жидкость, чтобы проверить, есть ли в ней опухолевые клетки.

Биопсия метастазов

Если есть вероятность, что рак распространился далеко за пределы желудка, для подтверждения присутствия рака может понадобиться биопсия отдаленного участка. Тип проводимой биопсии зависит от расположения предполагаемых метастазов и от других факторов.

Рисунок 3. Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта позволяет врачу увидеть внутреннюю стенку желудка и пищевода. При использовании ультразвука врач также может увидеть более глубокие слои стенки желудка и близлежащие органы.



Анализ биомаркеров

Анализ биомаркеров — это дополнительный тип анализов, который эксперты NCCN рекомендуют для некоторых людей с раком желудка. Биомаркерами могут быть некоторые вещества, такие как молекулы или белки, вырабатываемые организмом из-за развития рака. Биомаркерами также могут быть определенные процессы, например, уникальное «поведение» вашей ДНК. Ниже описаны наиболее важные биомаркеры, используемые при лечении рака желудка.

HER2

Рецептор-2 эпидермального фактора роста человека (HER2) — это белок, присутствующий на поверхности всех клеток. Некоторые опухолевые клетки вырабатывают слишком много HER2, из-за чего опухоль растет и распространяется быстрее, чем обычно. В медицине это явление называется *HER2-позитивностью* или *чрезмерной экспрессией HER2*.

Если ваша опухоль вырабатывает слишком много HER2, вы можете подойти по критериям для лечения препаратом для таргетной терапии под названием «трастузумаб» (Герцептин®).

PD-L1

В иммунной системе человека есть важные лейкоциты, называемые Т-клетками. Основная работа Т-клеток — атаковать появившихся в организме вредителей, таких как бактерии, вирусы и опухолевые клетки. Они делают это с помощью белка под названием PD-1, который находится на их поверхности.

У опухолевых клеток на поверхности находится другой белок под названием PD-L1. Встреча рецептора PD-1 и PD-L1 называется иммунной контрольной точкой. Т-клетка получает «приказ» оставить опухолевую клетку в покое вместо того, чтобы атаковать ее. Ингибиторы иммунных контрольных точек не дают этим двум белкам встретиться. Это значит, что Т-клетки будут делать свою работу и атаковать опухолевые клетки.

Если в ваших опухолевых или иммунных клетках обнаружится биомаркер PD-L1, вы можете подойти по критериям для лечения ингибитором иммунных контрольных точек под названием «пембролизумаб» (КИТРУДА®).

Высокая частота микросателлитной нестабильности (ВЧ-МСН) или дефицит коррекционной репарации ДНК (ДКР)

В генах некоторых людей возникает проблема, которая не позволяет им исправлять поврежденные ДНК. В здоровых клетках за исправление ошибок, происходящих при разделении и копировании ДНК, отвечает процесс, называемый репарацией неспаренных оснований (РНО). Если в работе клеточной системы РНО происходит сбой, ошибки накапливаются и ДНК теряет стабильность. Это называется микросателлитной нестабильностью (МСН).

Существует два вида лабораторных анализов, позволяющих обнаружить эту нестабильность. В зависимости от используемого метода результатом будет либо ВЧ-МСН (высокая частота микросателлитной нестабильности), либо ДКР (дефицит коррекционной репарации ДНК). Оба результата указывают на одно и то же явление.

Если у вас положительный результат анализа опухоли на ВЧ-МСН или ДКР, вы можете подойти по критериям для лечения ингибитором иммунных контрольных точек под названием «пембролизумаб» (КИТРУДА®).

Дальнейшие действия

Ваши врачи используют результаты всех описанных выше анализов, чтобы определить клиническую (дооперационную) стадию рака. Процесс определения стадии описан в следующей главе «*Стадирование рака желудка*».

Людей с раком желудка можно сгруппировать в три основные категории в зависимости от степени распространенности рака. Цели и принципы лечения этих групп различаются.

- **Начальный рак желудка.** При начальном раке желудка опухоль не разрослась дальше первого слоя стенки желудка.
- **Местнорегионарный рак желудка.** Эти опухоли захватывают второй слой стенки желудка или распространились на лимфатические узлы рядом с желудком, но не распространились на отдаленные от желудка органы.
- **Метастатический рак желудка.** Опухоль распространилась на отдаленные от желудка лимфатические узлы и органы. Такие опухоли, как правило, неизлечимы. Основная цель при лечении

рака желудка заключается в том, чтобы помочь вам прожить как можно дольше и по возможности привычным и комфортным образом.

Другие виды ухода до лечения

Оценка питания

Перед началом лечения вам следует посетить диетолога. Диетолог может оценить влияние рака на ваше питание. Из-за рака желудка вы можете потерять аппетит. Вы также можете чувствовать сытость, съев очень мало. Эти изменения могут привести к слишком большой потере веса.

Перед лечением важно питаться регулярно и в достаточном количестве. Операция и другие методы лечения рака могут оказаться слишком опасными, если вы будете слабы из-за недоедания. Вам могут порекомендовать получать пищу через питательный зонд.

Помощь в отказе от курения

Если вы курите, очень важно бросить эту привычку. Курение может снизить эффективность противоопухолевого лечения. Кроме того, курение существенно повышает шансы развития побочных эффектов после операции.

Пристрастие к никотину — одна из самых трудно преодолеваемых зависимостей. Стресс, который переживают люди, узнав о том, что у них рак, иногда усугубляет эту зависимость. Если вы курите, попросите у своего врача порекомендовать вам методы и лекарственные препараты, которые помогут вам отказаться от этой привычки.

Краткое содержание

- ▶ Стенка желудка состоит из четырех слоев. Опухоль возникает во внутреннем слое и прорастает в стенку желудка.
- ▶ В большинстве случаев рак желудка зарождается в клетках, выстилающих внутреннюю стенку желудка и вырабатывающих слизь. Такие опухоли называют аденокарциномами.
- ▶ Раковые клетки образуют опухоль, потому что они не умирают, как обычные клетки.
- ▶ Опухолевые клетки могут распространиться в другие органы через лимфатические пространства или кровеносные сосуды.
- ▶ Перед началом лечения важно хорошо питаться.
- ▶ Если вы курите табак, важно бросить курить, чтобы лечение дало максимальный результат.

2

Стадирование рака желудка

15 О стадировании рака желудка

15 Система TNM

16 Стадии рака желудка

18 Краткое содержание



Стадированием рака называется оценка степени роста и распространения рака. Эта оценка основывается на результатах анализов. Исходя из стадии рака, врачи составляют план дополнительных исследований и лечения. В этой главе описывается система, используемая для стадирования рака желудка.

О стадировании рака желудка

Стадирование рака желудка и других видов рака часто выполняется дважды: изначально и с использованием информации, полученной после операции по удалению желудка.

Клиническая (дооперационная) стадия

Клиническая (дооперационная) стадия основывается на результатах первоначальных анализов, которые вы прошли для диагностики рака желудка. Клиническая стадия представляет собой наиболее вероятное предположение относительно степени распространенности рака. Это только предположение, потому что для того, чтобы точно узнать, насколько организм поражен раком, нужна операция.

Патоморфологическая (послеоперационная) стадия

Патоморфологическая (послеоперационная) стадия — это оценка степени распространенности рака, основанная на более однозначной информации, полученной после операции по удалению желудка и близлежащих лимфатических узлов.

Патоморфологическая стадия очень важна, поскольку она дает гораздо более точное представление о том, насколько распространился рак. Патоморфологическая (послеоперационная) стадия также используется для определения методов лечения после операции.

Система TNM

Для стадирования рака желудка применяется система TNM, предложенная Американским объединенным комитетом по изучению рака (American Joint Committee on Cancer, AJCC). В системе AJCC буквы **T**, **N** и **M** описывают различное расположение опухолевого роста. У каждой буквы врачи указывают соответствующее значение. После этого оценки объединяются для присвоения стадии рака. Стадия рака используется для определения прогноза и принятия решения о методах лечения. Прогнозом в медицине называют предсказание вероятного развития и исхода заболевания.

T (Tumor) — опухоль

При раке желудка опухоль прорастает через стенку желудка в близлежащие структуры. Оценка T описывает, как далеко опухоль проросла через стенку желудка. При стадировании рака желудка используют нижеследующие категории оценки T.

- **Tis** означает, что на внутреннем слое желудка (эпителии) образовались патологически измененные клетки.
- **T1a** — опухоль захватывает первый слой стенки желудка (слизистую оболочку).
- **T1b** — опухоль захватывает второй слой стенки желудка (подслизистую оболочку).
- **T2** — опухоль захватывает третий слой стенки желудка (мышечную оболочку).
- **T3** — опухоль захватывает соединительную ткань между третьим и внешним слоями стенки желудка.
- **T4a** — опухоль захватывает внешний слой стенки желудка (серозную оболочку).
- **T4b** — опухоль полностью проросла через стенку желудка и в близлежащие органы, такие как диафрагма, печень, селезенка, поджелудочная железа, надпочечники, почки, толстый кишечник, тонкий кишечник и брюшная стенка.

N (Node) — лимфатический узел

Из тканей желудка лимфа собирается в сосуды, по которым она возвращается в кровяное русло. Перемещаясь внутри организма, лимфа проходит через небольшие органы, называемые лимфатическими узлами. Лимфатические узлы удаляют из лимфы вредные микроорганизмы. Лимфатические узлы и сосуды расположены по всему организму. Символы после N отражают количество лимфатических узлов, пораженных раком желудка.

- **NX** — состояние лимфатических узлов оценить невозможно.
- **N0** — опухолевые клетки в регионарных лимфатических узлах не обнаружены.
- **N1** — поражены 1 или 2 регионарных лимфатических узла.
- **N2** — поражены от 3 до 6 регионарных лимфатических узлов.
- **N3a** — поражены от 7 до 15 регионарных лимфатических узлов.
- **N3b** — поражены 16 и более регионарных лимфатических узлов.

M (Metastasis) — метастазы

Цифра после M показывает, есть ли метастазы в органах, не имеющих непосредственного контакта с желудком, в том числе отдаленных метастазов в лимфатических узлах.

- **M0** — отсутствие отдаленных метастазов.
- **M1** — рак распространился в отдаленные органы, такие как печень или легкие.

Стадии рака желудка

Ниже описаны патоморфологические (послеоперационные) стадии рака желудка. После описания стадий в скобках приведены оценки по системе TNM, соответствующие каждой стадии.

Стадия 0

На внутреннем слое желудка (эпителии) начали расти патологически измененные клетки. Эти клетки необходимо лечить, потому что они могут превратиться в инвазивный рак желудка. Другие названия этой стадии — *карцинома in situ* и *дисплазия высокой степени* (Tis, N0, M0).

Стадия 1A

Опухоль сформировалась и захватывает первый или второй слой стенки желудка. Опухолевые клетки в регионарных лимфатических узлах не обнаружены (T1, N0, M0).

Стадия 1B

На этой стадии возможны два сценария развития:

- Опухоль захватывает первый или второй слой стенки желудка, и поражены 1 или 2 регионарных лимфатических узла (T1, N1, M0).
- Опухоль захватывает третий слой стенки желудка. Опухолевые клетки в регионарных лимфатических узлах не обнаружены (T2, N0, M0).

Стадия 2A

На этой стадии возможны три сценария развития.

- Опухоль захватывает первый или второй слой стенки желудка, и поражены от 3 до 6 регионарных лимфатических узлов (T1, N2, M0).
- Опухоль захватывает третий слой стенки желудка, и поражены 1 или 2 регионарных лимфатических узла (T2, N1, M0).
- Опухоль захватывает соединительную ткань между третьим и внешним слоями стенки желудка. Опухолевые клетки в регионарных лимфатических узлах не обнаружены (T3, N0, M0).

Стадия 2В

На этой стадии возможны четыре сценария развития:

- Опухоль захватывает первый или второй слой стенки желудка. Поражены от 7 до 15 регионарных лимфатических узлов (T1, N3a, M0).
- Опухоль захватывает третий слой стенки желудка, и поражены от 3 до 6 регионарных лимфатических узлов (T2, N2, M0).
- Опухоль захватывает соединительную ткань между третьим и внешним слоями стенки желудка, и поражены 1 или 2 регионарных лимфатических узла (T3, N1, M0).
- Опухоль захватывает внешний слой стенки желудка (серозную оболочку). Опухолевые клетки в регионарных лимфатических узлах не обнаружены (T4a, N0, M0).

- Опухоль захватывает соединительную ткань между третьим и внешним слоями стенки желудка. Поражены от 3 до 6 регионарных лимфатических узлов (T3, N2, M0).
- Опухоль захватывает внешний слой стенки желудка (серозную оболочку). Поражены от 1 до 6 регионарных лимфатических узлов (T4a, N1 или N2, M0).
- Опухоль проросла через стенку желудка и в близлежащие органы. Опухолевые клетки в регионарных лимфатических узлах не обнаружены (T4b, N0, M0).

Стадия 3А

На этой стадии возможны четыре сценария развития:

- Опухоль захватывает третий слой стенки желудка. Поражены от 7 до 15 регионарных лимфатических узлов (T2, N3a, M0).

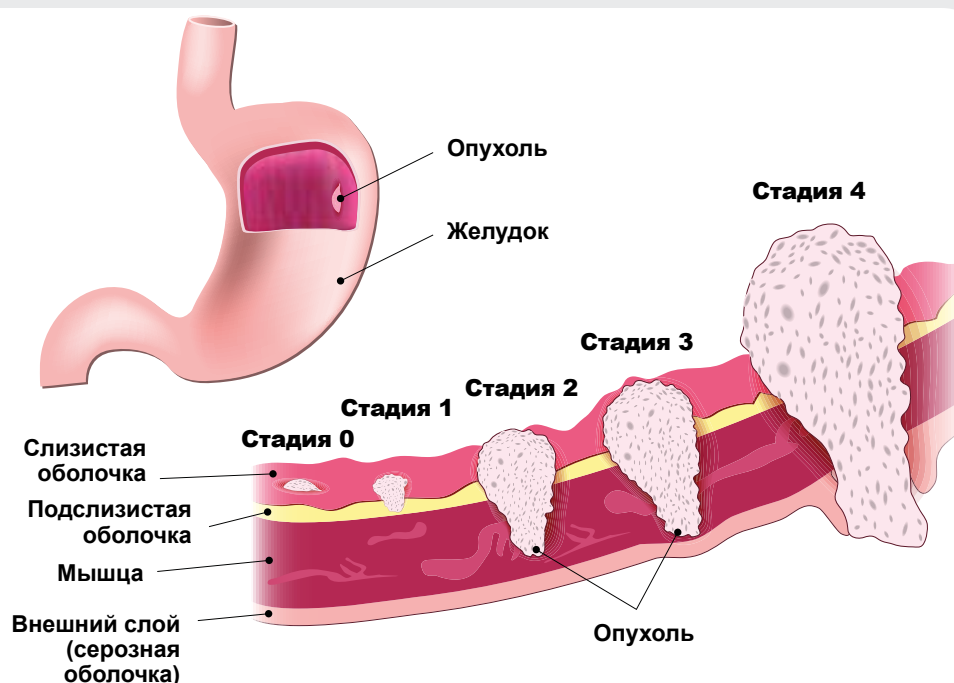
Стадия 3В

На этой стадии возможны пять сценариев развития.

- Опухоль захватывает первый или второй слой стенки желудка. Поражены 16 и более регионарных лимфатических узлов (T1, N3b, M0).
- Опухоль захватывает третий слой стенки желудка. Поражены 16 и более регионарных лимфатических узлов (T2, N3b, M0).

**Рисунок 4.
Стадии рака желудка**

Сформировавшись в слизистой оболочке, опухоли желудка прорастают через остальные слои стенки желудка и в близлежащие органы.



- Опухоль захватывает соединительную ткань между третьим и внешним слоями стенки желудка. Поражены от 7 до 15 регионарных лимфатических узлов (T3, N3b, M0).
- Опухоль захватывает внешний слой стенки желудка (серозную оболочку). Поражены от 7 до 15 регионарных лимфатических узлов (T4a, N3a, M0).
- Опухоль проросла через стенку желудка и в близлежащие органы. Поражены от 1 до 6 регионарных лимфатических узлов (T4b, N1 или N2, M0).

Стадия 3C

На этой стадии возможны три сценария развития.

- Опухоль захватывает соединительную ткань между третьим и внешним слоями стенки желудка. Поражены 16 и более регионарных лимфатических узлов (T3, N3b, M0).
- Опухоль захватывает внешний слой стенки желудка (серозную оболочку). Поражены 16 и более регионарных лимфатических узлов (T4a, N3b, M0).
- Опухоль проросла через стенку желудка и в близлежащие органы. Поражены по меньшей мере 7 и, возможно, больше 16 регионарных лимфатических узлов (T4b, N3a или N3b, M0).

Стадия 4

Опухоль распространилась на отдаленные от желудка области (дала метастазы). Опухоль может быть любого размера и в любом количестве лимфатических узлов (любая оценка T, любая оценка N, M1).

Краткое содержание

- Рак желудка группируется в стадии, чтобы помочь в составлении плана лечения.
- Врачи оценивают распространенность рака желудка в организме с помощью системы оценки опухоли, узлов и метастазов (TNM).
- **Клиническая стадия** рака желудка основывается на результатах анализов, проведенных до операции. Клиническая стадия — это только наиболее вероятное предположение о степени распространенности рака, потому что для того, чтобы точно узнать, насколько организм поражен раком, нужна операция.
- **Патоморфологическая стадия** рака желудка основывается на результатах операции. Патоморфологическая стадия очень важна, поскольку она дает гораздо более точное представление о том, насколько распространился рак.

3

Обзор методов лечения рака

- 20 Эндоскопическое лечение
- 21 Хирургическое лечение
- 23 Лучевая терапия
- 24 Химиотерапия
- 25 Таргетная терапия
- 26 Клинические исследования
- 26 Краткое содержание



В этой главе приведено краткое описание основных методов лечения рака желудка. Знание этих методов поможет разобраться в подходящих вам вариантах лечения. Существуют несколько разных методов лечения рака желудка. Однако это не означает, что каждого пациента будут лечить всеми методами, описанными в этом разделе.

Эндоскопическое лечение

Одним из вариантов удаления начального рака желудка, который еще не пророс за пределы первого слоя стенки желудка, является эндоскопическая резекция. Этот метод заключается в удалении небольших опухолей с помощью инструментов, вставленных в эндоскоп (см. рисунок 5).

Существует два способа иссечения (или удаления) небольших опухолей желудка. В обоих методах под опухоль сначала вводят жидкость. Эта жидкость служит своеобразной «подушкой» и приподнимает опухоль. После этого опухоль удаляют одним из двух способов.

- **Эндоскопическая резекция слизистой (ЭРС).** Опухолевые клетки удаляют с помощью похожего на аркан инструмента, называемого петлей. Этот метод лучше всего подходит для удавления опухолей, которые еще не достигли более глубоких слоев стенки пищевода.
- **Эндоскопическая диссекция подслизистого слоя (ЭДПС).** Врач разрезает здоровую ткань под опухолью хирургическим ножом. Это позволяет удалить всю опухоль целиком, что помогает предотвратить ее повторное появление. Этот метод лучше всего подходит для удавления опухолей, которые уже проросли в более глубокие слои стенки желудка.

Рисунок 5. Эндоскопическая резекция

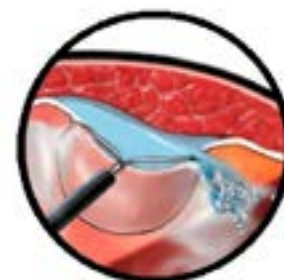
Опухоли, не проросшие глубоко в стенку желудка, можно удалять методом эндоскопической резекции. Этот метод лечения подразумевает удаление опухолей с помощью инструментов, введенных через эндоскоп.



Эндоскоп опускают в желудок



Вводят жидкость под опухоль



Удаляют опухоль режущим инструментом

Иллюстрации © 2019 Nucleus Medical Media. Все права защищены. www.nucleusinc.com

Хирургическое лечение

Во многих случаях при раке желудка проводится хирургическая операция. Цель операции при раке желудка заключается в удалении всей опухоли и части окружающей ее ткани, которая выглядит здоровой. Здоровая на вид ткань называется *краем резекции*.

Гастрэктомия

Тип операции, применяемый для лечения рака желудка, называется резекцией желудка, или гастрэктомией. При гастрэктомии желудок удаляют частично или полностью в зависимости от распространенности рака.

- При *тотальной гастрэктомии* желудок удаляется полностью (**см. рисунок 6**).
- При *субтотальной гастрэктомии* (также называемой частичной резекцией желудка) желудок удаляется частично.
- *Дистальной гастрэктомией* называется субтотальная гастрэктомия нижней половины желудка.

- *Проксимальной гастрэктомией* называется субтотальная гастрэктомия верхней половины желудка.

Открытая гастрэктомия

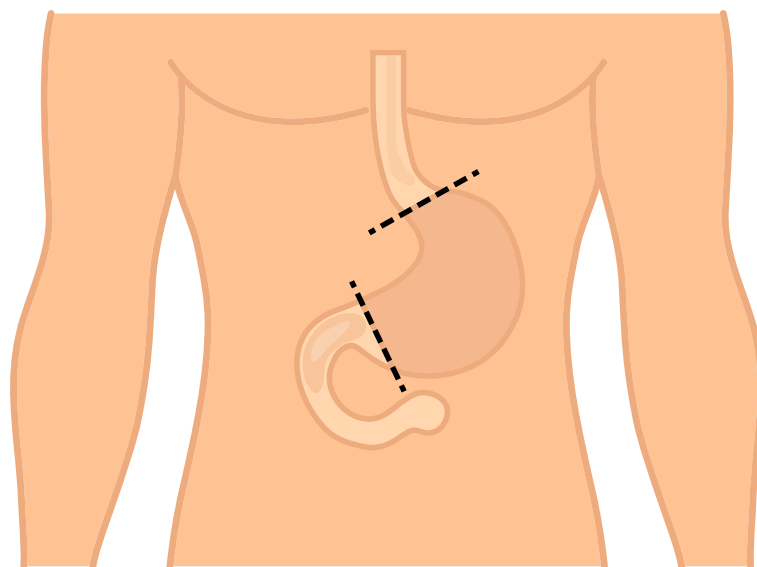
В большинстве случаев гастрэктомия проводится «открытым» способом. Это широко распространенный метод, при котором хирург делает большой разрез в животе и «открывает» его, чтобы добраться до желудка и удалить его. После этого пищевод хирургически сшивают с тонким кишечником. При субтотальной или дистальной гастрэктомии оставшуюся часть желудка пришивают к тонкому кишечнику или пищеводу.

Лапароскопическая гастрэктомия

Существует также менее инвазивный метод удаления опухоли из желудка, называемый *лапароскопической гастрэктомией*. При лапароскопической гастрэктомии вместо одного большого разреза на животе используются несколько небольших разрезов. Через эти разрезы вводят небольшие инструменты, которыми удаляют опухолевую ткань с помощью видеокамеры.

Рисунок 6. Гастрэктомия

При **тотальной гастрэктомии** желудок удаляется полностью. При этом удаляют также все близлежащие структуры, на которые распространилась опухоль. Во время операции удаляют некоторые лимфатические узлы, после чего проверяют их на наличие рака.



Лапароскопическая гастрэктомия подходит для лечения некоторых случаев рака желудка, но не для всех. Вам следует обсудить с хирургом возможность лапароскопического удаления вашей опухоли.

Лимфодиссекция

Во время гастрэктомии удаляют также некоторые лимфатические узлы, расположенные рядом с желудком, после чего их проверяют на наличие рака. Такую процедуру называют *лимфодиссекцией*.

При раке желудка применяются три основных вида лимфодиссекции. Они отличаются количеством удаляемых лимфатических узлов.

- Резекция D0 означает, что лимфатические узлы возле желудка не удаляются.
- При диссекции D1 удаляются лимфатические узлы, находящиеся ближе всего к желудку.
- При диссекции D2 удаляются лимфатические узлы, находящиеся ближе всего к желудку, а также лимфатические узлы рядом с близлежащими артериями и селезенкой.

**Эксперты NCCN
рекомендуют
удалять не меньше
15 лимфатических
узлов во время
гастрэктомии.**

Лучевая терапия

Для лучевой терапии злокачественных опухолей используют высокоэнергетическое излучение. Это излучение убивает опухолевые клетки или предотвращает появление новых. Самый распространенный тип лучевой терапии, используемый для лечения рака желудка, — это дистанционная лучевая терапия (ДЛТ). Этот метод предполагает облучение тела снаружи с помощью большого аппарата. Чтобы достичь опухоли, излучение проходит через кожу и другие ткани (**см. рисунок 7**).

Лучевая терапия для лечения рака желудка проводится ежедневно на протяжении 4–6 недель. Она проводится в виде последовательности сеансов, чтобы здоровые клетки успевали восстановиться между сеансами. Лучевую терапию обычно комбинируют с химиотерапией, которая проводится в то же время.

Сеанс симуляции

Перед началом лучевой терапии обязательно проводят симуляцию — специальный сеанс для планирования облучения. Перед началом сканирования вас разместят на процедурном столе в том положении, в котором вы будете находиться во время сеансов лучевой терапии, и проведут КТ. Снимки КТ используются для составления плана облучения. В плане будут указаны оптимальные для вас дозы облучения, а также количество сеансов, которое вам понадобится.

Прохождение лучевой терапии

В процессе лечения вы будете лежать на процедурном столе в таком же положении, как и во время симуляции. Иногда используют фиксирующие устройства, чтобы положение тела не изменилось и пучок излучения оставался нацеленным на опухоль. Во время сеанса кроме вас в помещении никого не будет. Лаборант будет управлять аппаратом из соседней комнаты, но все время будет вас видеть и слышать и сможет с вами говорить.

Побочные эффекты облучения

Последствием лучевой терапии могут быть изменения кожи. Изменения кожи на облучаемом участке по внешнему виду и ощущениям напоминают эффект солнечного ожога. Может наблюдаться покраснение, сухость и повышенная чувствительность кожи, возможна болезненность при прикосновении.

Лучевая терапия опухоли желудка может также вызывать тошноту, рвоту и диарею. К числу других возможных нежелательных реакций относятся боль в обработанной области, сильная усталость при нормальной продолжительности сна (повышенная утомляемость), и потеря аппетита.

Попросите врачей, занимающихся вашим лечением, рассказать обо всех возможных частых и редких побочных эффектах. Если вас будет беспокоить какой-либо побочный эффект, сообщите об этом врачам. Возможно, есть способы улучшить ваше самочувствие.

Рисунок 7. Дистанционная лучевая терапия

Для лучевой терапии используют установки больших размеров. Чтобы достичь опухоли, лучи проходят через кожу и другие ткани. Лучевая терапия для лечения рака желудка обычно проводится ежедневно на протяжении 4–6 недель.



Химиотерапия

Химиотерапия, или «химия», как ее часто называют, — это лечение препаратами, нарушающими жизненный цикл опухолевых клеток. Большинство химиотерапевтических препаратов для лечения рака желудка представляют собой жидкости, которые медленно вводятся в вену. Эти препараты переносятся кровотоком и лечат рак по всему организму. Методы лечения рака, воздействующие на весь организм, называются «системными».

Иногда используется только один препарат. В других случаях применяется несколько препаратов, потому что они отличаются способом действия. Использование двух или более химиотерапевтических препаратов называется комбинированной схемой терапии.

Химиотерапия проводится циклами, между которыми делают периоды отдыха. Это позволяет организму восстановиться перед следующим циклом. Циклы разнятся по длительности в зависимости от используемых препаратов.

Побочные эффекты химиотерапии

Побочные эффекты химиотерапии различаются у разных людей и зависят от типа и количества (дозы) полученного препарата, а также от продолжительности лечения. Частые побочные эффекты включают потерю аппетита, тошноту, рвоту, диарею, потерю волос и язвы во рту. Кроме того, может измениться цвет, прочность, сухость и гладкость ногтей.

Некоторые химиотерапевтические препараты вызывают повреждения чувствительных нервов. Это называется сенсорной невропатией. Ее симптомы включают онемение, покалывание и боль в пальцах рук и ног. У вас также может появиться чувствительность к холоду и болезненность при легком прикосновении. Обсудите со своим врачом возможные способы профилактики развития сенсорной невропатии или ослабления ее симптомов.

Попросите врачей, занимающихся вашим лечением, рассказать обо всех возможных частых и редких побочных эффектах. Если вас будет беспокоить какой-либо побочный эффект, сообщите об этом врачам. Возможно, есть способы улучшить ваше самочувствие.

Рисунок 8. Химиотерапия

Химиотерапией называется использование лекарств для уничтожения раковых клеток по всему организму. Методы лечения, воздействующие на весь организм, называются «системными». Химиотерапия может навредить как опухолевым, так и здоровым клеткам.



Таргетная терапия

Таргетной терапией называется противоопухолевое лечение, целенаправленно воздействующее на конкретные типы раковых клеток. Таргетная терапия не настолько вредит здоровым клеткам, как химиотерапия, поэтому ее побочные эффекты, как правило, менее выражены.

Лечение методами таргетной терапии часто применяется для людей с определенными генными мутациями. Если у вас нет мутации, на которую направлено действие препарата, лечение вряд ли вам поможет. Например, трастузумаб (Герцептин®) воздействует на опухоли желудка, вырабатывающие слишком много белка HER2. В медицине это явление называется *чрезмерной экспрессией HER2*.

На данный момент Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (U.S. Food & Drug Administration, FDA) одобрено три препарата таргетной терапии для лечения рака желудка.

- Трастузумаб (Герцептин®).
- Рамуцирумаб (ЦИРАМЗА®).
- Пембролизумаб (КИТРУДА®).

В [справочной таблице 1](#) перечислены мишени каждого из этих препаратов.

Подхожу ли я для лечения препаратами таргетной терапии?

Если в вашей опухоли имеется мутация, на которую направлено действие одного из этих препаратов, это не обязательно означает, что вы можете (или должны) получать лечение именно им. В лечении рака желудка эксперты NCCN рекомендуют рассматривать вариант лечения препаратами таргетной терапии для людей с указанными далее заболеваниями.

- Местнорегионарный рак желудка, который невозможно удалить с помощью операции.
- Или рак желудка, снова возникший после лечения (рецидивирующий рак).
- Или метастатический рак желудка, если вы способны выполнять большинство повседневных действий.

Справочная таблица 1. Таргетная терапия рака желудка

Торговое название	Международное непатентованное название	На что направлен этот препарат?
ЦИРАМЗА®	Рамуцирумаб	Рецептор 2 фактора роста эндотелия сосудов (VEGFR-2)
Герцептин®	Трастузумаб	HER2-позитивные опухоли
КИТРУДА®	Пембролизумаб	<ul style="list-style-type: none"> • Опухоли с высокой частотой микросателлитной нестабильности (ВЧ-МСН) или дефицитом коррекционной репарации ДНК (ДКР). • Опухоли с биомаркером PD-L1

Клинические исследования

Новые методы диагностики и лечения не предлагаются широкой публике, пока не будут считаться безопасными для применения и потенциально эффективными. Сначала они должны пройти исследования, регулируемые FDA и другими государственными органами.

Клиническое исследование — это тип научного исследования, в котором изучают безопасность и эффективность методов диагностики и лечения. Они проводятся на всех стадиях определенного заболевания, такого как рак желудка. Если будет продемонстрирована их безопасность и эффективность, в будущем они могут стать стандартным лечением.

Именно благодаря клиническим исследованиям врачи получили возможность широко применять описанные в этом издании методы диагностики и лечения рака желудка. Все новые лекарства испытывают в клинических исследованиях, прежде чем одобрить для общего применения. Большинству пациентов сначала проводят стандартное лечение. Клинические исследования предлагают, когда стандартное лечение оказывается неэффективным или непереносимым.

Участие в клиническом исследовании может как принести пользу, так и повлечь за собой определенные риски. Вам следует взвесить потенциальные преимущества и недостатки участия, чтобы решить, что для вас лучше. Чтобы стать участником клинического исследования, вы должны соответствовать определенным требованиям. Обычно участников исследования подбирают так, чтобы показатели заболевания и общее состояние здоровья у них были примерно одинаковыми. При этом условии можно будет утверждать, что улучшение состояния пациентов объясняется проведенным лечением, а не исходными различиями между участниками. Для участия в исследовании вам нужно будет прочесть и подписать документ, называемый формой информированного согласия. В этом документе описаны все детали исследования, в том числе возможные риски и потенциальная польза.

Узнайте у врачей, которые занимаются вашим лечением, открыт ли в настоящее время набор в какое-нибудь клиническое исследование, в котором вы могли бы принять участие. Клинические исследования могут проводиться в том учреждении, где вы получаете

лечение, или в других лечебных учреждениях поблизости. Вы также можете найти клинические исследования на веб-сайтах, перечисленных в «Принятие решений о лечении».

Краткое содержание

- ▶ Эндоскопическая резекция проводится для удаления опухолей на ранних стадиях. Для этой процедуры используют небольшие инструменты, которые вводят через рот в желудок.
- ▶ Гастрэктомия заключается в удалении всего желудка или его части вместе с близлежащими лимфатическими узлами через разрез в области живота. Для этой операции делают или один большой разрез (открытая гастрэктомия) или несколько маленьких (малоинвазивный лапароскопический метод).
- ▶ Лучевая терапия основана на воздействии высокоэнергетического излучения, способного убивать опухолевые клетки или останавливать процесс их деления.
- ▶ Химиотерапевтические препараты прерывают жизненный цикл опухолевых клеток, в результате чего те теряют способность делиться.
- ▶ Таргетной терапией называется противоопухолевое лечение, целенаправленно воздействующее на конкретные типы раковых клеток. Оно часто применяется для людей с определенными генными мутациями.
- ▶ Клинические исследования открывают доступ к новым методам диагностики и лечения, которые обычно еще недоступны всем пациентам. Со временем эти методы могут получить официальное одобрение FDA.

4

Справочник по методам лечения

-
- 28 Ранние стадии рака желудка

 - 31 Местнорегионарный рак желудка

 - 38 Метастатический рак желудка

 - 42 Краткое содержание



В этой главе приведена информация о вариантах лечения для людей с раком желудка. Все варианты сгруппированы по степени распространенности заболевания. Представленные здесь сведения взяты из клинического руководства, написанного экспертами NCCN для врачей, занимающихся лечением рака желудка. Врачи могут предложить вам другие методы лечения, отличающиеся от перечисленных здесь, с учетом вашего состояния здоровья и личных предпочтений.

Ранние стадии рака желудка

Для описания степени прорастания опухоли вглубь стенки желудка используется заглавная буква **T** с цифрой от 1 до 4 (и иногда с буквами). Чем выше число, тем глубже опухоль проросла в стенку желудка. Это называется *стадией опухоли*. Стадия опухоли — это не то же самое, что общая стадия, но она играет ключевую роль в определении общей стадии.

У начального рака желудка могут быть указанные далее стадии опухоли.

- **Опухоли Tis.** Опухоли Tis, также называемые *карциномами in situ*, — это быстро растущие патологически измененные клетки на ткани, выстилающей внутреннюю поверхность желудка (эпителии). Эти опухоли необходимо лечить, потому что они могут превратиться в инвазивный рак желудка.
- **Опухоли T1a.** Эти опухоли начальной стадии захватывают первый слой стенки желудка (слизистую оболочку).

Лечение начального рака желудка зависит от указанных далее факторов.

- Достаточно ли вы здоровы для операции.
- Хотите ли вы перенести операцию.

Методы лечения начального рака желудка указаны в [справочной таблице 2](#). Эндоскопическая резекция подходит как для опухолей Tis, так и для опухолей T1a. Если вы способны и готовы перенести операцию, есть также вариант гастрэктомии с лимфодиссекцией.

Понадобится ли мне лечение после эндоскопической резекции или операции?

Возможно. На следующих страницах рассказывается, чего ожидать после первоначального лечения начального рака желудка.

Справочная таблица 2. Первоначальное лечение начального рака желудка

Хирургический статус	Какие варианты лечения мне подходят?
Вы не способны или не готовы перенести операцию	Эндоскопическая резекция
Вы способны и готовы перенести операцию	Вариант 1. Эндоскопическая резекция Вариант 2. Операция и лимфодиссекция

После эндоскопической резекции

Возможно, после эндоскопической резекции дополнительное лечение вам не понадобится. Как правило, эндоскопическая резекция считается успешной в указанных далее случаях.

- Диаметр опухоли составляет не больше 2 сантиметров.
- Под микроскопом опухолевые клетки похожи на здоровые (высоко- или умеренно высокодифференцированные).
- Опухоль не проникла во второй слой стенки желудка.
- В кровеносных сосудах или лимфатических пространствах за пределами опухоли нет опухолевых клеток (*лимфососудистой инвазии*).
- Вокруг удаленной ткани (по краю резекции) нет опухолевых клеток.

Если эндоскопическая резекция прошла успешно, вы можете перейти на этап мониторинга на предмет рецидива рака.

Если по результатам эндоскопической резекции окажется, что ваш рак связан с более высоким риском, вам может понадобиться операция (гастрэктомия) и удаление лимфатических узлов.

После операции

Результаты операции используются для принятия решения о необходимости дальнейшего лечения. Если вашему хирургу удастся удалить всю опухоль и в удаленной ткани, окружающей опухоль, не будет обнаружено опухолевых клеток, дальнейшее лечение не понадобится. Следующим этапом будет последующее наблюдение и мониторинг на предмет рецидива рака.

Последующее наблюдение

Если после лечения признаки рака отсутствуют, начинается последующее наблюдение и мониторинг на предмет рецидива рака. Процедуры последующего наблюдения, которые вы будете проходить, зависят от того, перенесли вы эндоскопическую резекцию или операцию. [См. справочную таблицу 3.](#)

Справочная таблица 3. Наблюдение после лечения начального рака желудка Опухоли Tis и T1a, удаленные методом эндоскопической резекции

Последующее наблюдение	Как часто?
Осмотр и обновление анамнеза	Каждые 3–6 месяцев в течение 1–2 лет, каждые 6–12 месяцев в течение 3–5 лет, после чего ежегодно
Общий анализ крови и биохимический анализ крови	По мере необходимости, определяемой врачом
Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта	Опухоли Tis: каждые 6 месяцев в течение 1 года, затем ежегодно в течение 3 лет. Опухоли T1a: каждые 6 месяцев в течение 1 года, затем ежегодно до 5 лет. Затем по мере необходимости, определяемой врачом
Визуализационное исследование органов грудной клетки, брюшной полости и таза методом компьютерной томографии (КТ)	По мере необходимости, определяемой врачом

Опухоли T1a, удаленные хирургическим путем (лимфатические узлы не поражены раком)

Последующее наблюдение	Как часто?
Осмотр и обновление анамнеза	Каждые 3–6 месяцев в течение 1–2 лет, каждые 6–12 месяцев в течение 3–5 лет, после чего ежегодно
Общий анализ крови и биохимический анализ крови	По мере необходимости, определяемой врачом
Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта	По мере необходимости, определяемой врачом
Визуализационное исследование органов грудной клетки, брюшной полости и таза методом компьютерной томографии (КТ)	По мере необходимости, определяемой врачом
Мониторинг алиментарного здоровья, включая уровни витамина B12 и железа	Регулярно

Местнорегионарный рак желудка

Если опухоль желудка прорастает дальше первого слоя стенки желудка (слизистой оболочки), она называется *местнорегионарным раком*. Рак может затрагивать регионарные лимфатические узлы, но не отдаленные от желудка органы.

Для лечения такого типа опухолей может применяться операция. Ваши врачи оценят, сможете ли вы перенести операцию, обследовав ваши легкие, сердце и проанализировав питание.

Если вы достаточно здоровы для серьезной операции

Если вы способны перенести серьезную операцию с медицинской точки зрения, возможность ее проведения также зависит от расположения и распространенности опухоли.

Опухоль можно удалить

Если вы достаточно здоровы для серьезной операции и ваш врач считает, что опухоль можно удалить хирургическим путем, методы лечения зависят от клинической (дооперационной) стадии рака.

Если предполагается, что опухоль проникла во второй слой стенки желудка (называемый подслизистой оболочкой), это опухоль T1b по системе стадирования TNM. **Операция — основной метод лечения опухолей T1b.**

Если опухоль проросла дальше второго слоя стенки желудка, это опухоль T2, T3 или T4. Для этих опухолей существует несколько методов лечения.

- Только операция.
- Операция и химиотерапия. Химиотерапия проводится до и после операции. Это называется *интраоперационной химиотерапией*. **Этот метод лечения считается предпочтительным с точки зрения экспертов NCCN.** Рекомендуемые схемы химиотерапии для интраоперационной химиотерапии перечислены в [справочной таблице 4](#).
- Химиотерапия и лучевая терапия (химиолучевая терапия) с последующей операцией. Это называется *предоперационной химиолучевой терапией*. Рекомендуемые схемы химиотерапии

для предоперационной химиолучевой терапии указаны в [справочной таблице 5](#).

Если вы пройдете интраоперационную химиотерапию или предоперационную лучевую терапию, вам должны провести КТ органов грудной клетки, брюшной полости и таза, чтобы посмотреть, уменьшилась ли опухоль достаточно, чтобы ее можно было удалить хирургическим путем. Для этого используют контрастное вещество, которое введут вам в вену и дадут выпить в виде жидкости.

Если опухоль уменьшилась достаточно, вам могут разрешить операцию. Несмотря на то, что эксперты NCCN считают операцию предпочтительным методом лечения, есть и другой вариант — начать симптоматическую терапию.

Симптоматическая терапия рассматривается как возможный метод лечения, если опухоль уменьшилась недостаточно или рак распространился на отдаленные от желудка органы (дал метастазы). Симптоматическая терапия описывается в следующем разделе «Метастатический рак желудка».

Опухоль нельзя удалить с помощью операции

Если вы достаточно здоровы для серьезной операции, но ваши врачи сомневаются в успехе операции, у вас есть другие варианты лечения.

- Химиолучевая терапия, направленная на излечение рака. Она называется *радикальной химиолучевой терапией*. Рекомендуемые схемы химиотерапии для радикальной химиолучевой терапии перечислены в [справочной таблице 6](#).
- Системная терапия. Рекомендуемые схемы системной терапии указаны в справочных таблицах 11 и 12 в следующем разделе «Метастатический рак желудка».

Если вы недостаточно здоровы для серьезной операции (или не хотите ее делать)

Если вам не разрешили операцию (или вы сами от нее отказались), рак лечится как метастатическое заболевание. Более подробная информация приведена в следующем разделе «Метастатический рак».

Справочная таблица 4. Схемы химиотерапии, проводимой до и после операции (интраоперационной)

Включенные в схему лекарственные препараты	
Предпочтительные схемы терапии	Фторпиримидин и оксалиплатин
	Фторурацил, лейковорин, оксалиплатин и доцетаксел (FLOT)
Другая рекомендованная схема терапии	Фторурацил и цисплатин

Справочная таблица 5. Схемы химиотерапии для предоперационной химиолучевой терапии

Включенные в схему лекарственные препараты	
Предпочтительные схемы терапии	Фторурацил и оксалиплатин
	Фторурацил и цисплатин
	Фторпиримидин (фторурацил или капецитабин) и паклитаксел
Другая рекомендованная схема терапии	Паклитаксел и карбоплатин

Справочная таблица 6. Схемы химиотерапии для радикальной химиолучевой терапии

Включенные в схему лекарственные препараты	
Предпочтительные схемы терапии	Фторурацил и оксалиплатин
	Фторурацил и цисплатин
	Фторпиримидин (фторурацил или капецитабин) и паклитаксел

Первое лечение после операции

Результаты операции используются для принятия решения о необходимости дальнейшего лечения. Операция может показать указанные далее результаты.

- В крае резекции нет раковых клеток.
- Или в крае резекции есть раковые клетки.
- Или удалена не вся опухоль, которую хирург увидел в желудке или возле него.
- Или рак распространился на отдаленные органы (дал метастазы).

Далее эти четыре возможных результата операции рассматриваются более подробно.

В крае резекции нет раковых клеток

Если в крае резекции не обнаружено раковых клеток, методы лечения также основываются на патоморфологической (послеоперационной) стадии. Если опухоль очень маленькая (Tis или T1), дальнейшее лечение не требуется. Следующим этапом будет переход к последующему наблюдению.

Опухоли T2 проникли в третий слой стенки желудка. Необходимость дальнейшего лечения после операции зависит от риска рецидива рака. Вероятность рецидива рака выше в указанных далее случаях.

- Под микроскопом опухолевые клетки сильно отличаются от здоровых.
- Или рак распространился в лимфатические пространства или нервы.
- Вам меньше 50 лет.
- Или лимфатические узлы D2 не были удалены.

Если у вас высокий риск рецидива рака, рекомендуется пройти лечение. При этом рекомендуется сначала пройти химиотерапию, затем химиолучевую терапию, затем еще раз химиотерапию (все на основе фторпиримидина).

Даже если в крае резекции нет опухолевых клеток, лечение после операции всегда рекомендуется для некоторых видов рака желудка. К ним относятся опухоли T3 или T4 вне зависимости от того, поражены ли раком лимфатические узлы. Лечение также рекомендуется, если рак был обнаружен в одном или нескольких лимфатических узлах, вне зависимости от стадии опухоли. Лечение в обеих подобных ситуациях зависит от того, удаляли ли вам лимфатические узлы во время операции (это называется диссекцией D2). Лимфатические узлы D2 включают лимфатические узлы, расположенные возле близлежащих артерий и селезенки.

Если вам проводили диссекцию лимфатических узлов D2, после операции рекомендуется пройти химиотерапию. Схема химиотерапии, рекомендованная экспертами NCCN, включает препараты капецитабин (Кселода®) и оксалиплатин (Элоксатин®).

Если во время операции вам не проводили диссекцию лимфатических узлов D2, рекомендуется химиолучевая терапия на основе фторпиримидина. Химиотерапия фторурацилом или капецитабином проводится до и после химиолучевой терапии.

Описанные выше методы лечения после операции при отсутствии раковых клеток в крае резекции приведены в [справочной таблице 7](#).

В крае резекции есть раковые клетки

Если в крае резекции обнаружены раковые клетки, рекомендуется химиолучевая терапия на основе фторпиримидина. Химиолучевая терапия направлена на лечение остатков раковых клеток в вашем организме.

Была удалена не вся видимая опухоль

Если хирург не смог удалить всю опухоль в вашем желудке или возле него, у вас есть два варианта.

- Химиолучевая терапия на основе фторпиримидина.
- Или симптоматическая терапия.

Рак распространился на отдаленные от желудка органы

Если рак дал метастазы, рекомендуется симптоматическая терапия. Она описывается в следующем разделе «Метастатический рак желудка».

Вы проходили химиотерапию или химиолучевую терапию перед операцией

Если вы проходили химиотерапию или химиолучевую терапию перед операцией, результаты операции используются для принятия решения о необходимости дальнейшего лечения. Операция может показать указанные далее результаты.

- В крае резекции нет раковых клеток.
- Или в крае резекции есть раковые клетки.
- Или удалена не вся опухоль, которую хирург увидел в желудке или возле него.
- Или рак распространился на отдаленные органы (дал метастазы).

Методы лечения в зависимости от результатов операции приведены в [справочной таблице 8](#).

Справочная таблица 7. Вы перенесли только операцию, и в крае резекции не было обнаружено опухолевых клеток

Стадия опухоли	Поражены ли лимфатические узлы?	Какие варианты лечения мне подходят?
Tis или T1	Нет	Наблюдение и ожидание (без дополнительного лечения)
T2	Нет	Вариант 1. Наблюдение и ожидание (без дополнительного лечения). Вариант 2. Химиотерапия, затем химиолучевая терапия, затем еще раз химиотерапия (все на основе фторпиримидина). Этот вариант применяется для пациентов с высоким риском рецидива рака
T3 или T4	Да или нет	Если вам провели диссекцию лимфатических узлов D2: только химиотерапия
Любая	Да	Если вам провели менее обширную лимфодиссекцию: химиотерапия, затем химиолучевая терапия, затем еще раз химиотерапия (все на основе фторпиримидина)

Справочная таблица 8. Лечение после предоперационной или интраоперационной терапии и операции

Результаты операции	Какие варианты лечения мне подходят?
В крае резекции нет раковых клеток	Вариант 1. Наблюдение и ожидание (если вы прошли химиолучевую терапию перед операцией). Вариант 2. Только химиотерапия (если вы прошли химиотерапию перед операцией). Схемы терапии приведены в справочной таблице 6
В крае резекции есть раковые клетки	Вариант 1. Химиолучевая терапия (только если вы не проходили ее перед операцией). Вариант 2. Операция для удаления остатков опухоли
В желудке или возле него остались опухолевые клетки	Вариант 1. Химиолучевая терапия (только если вы не проходили ее перед операцией). Вариант 2. Симптоматическая терапия
Рак обнаружен в отдаленных органах	См. справочную таблицу 10 (варианты лечения метастатического рака желудка)

По завершении лечения

В [справочной таблице 9](#) описано рекомендуемое последующее наблюдение после лечения рака желудка. Последующее наблюдение начинается после того, как в организме не останется признаков рака после лечения.

Следует регулярно обновлять ваш анамнез и проходить осмотр. Анализы крови, КТ и эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта проводятся только по мере необходимости.

Из-за операции вы, возможно, будете получать недостаточно питательных веществ. Вам следует пройти анализы на недостаток витамина В12, железа и других элементов. При необходимости следует получить лечение.

Если рак возникает снова

В течение последующего наблюдения рак может возникнуть снова. Это называется рецидивом. Рак, который снова возникает рядом с тем местом, где расположен (или был расположен, если вы перенесли гастрэктомию) желудок, называется *местнорегионарным рецидивом*. Если рак снова возникает в отдаленных от желудка областях или распространяется в них, это метастатическое заболевание.

Местнорегионарный рецидив

Лечение местнорегионарного рецидива в значительной степени зависит от двух факторов.

- Достаточно ли вы здоровы в целом для серьезной операции.
- И считает ли ваш врач, что опухоль можно успешно удалить хирургическим путем.

Операция может быть проведена, если вы способны и готовы ее перенести. Если операция вам не подходит, есть вариант симптоматической терапии. Симптоматическая терапия описывается в следующем разделе «Метастатический рак желудка».

Метастатический рецидив

Если рак снова возникает далеко от того места, где расположен (или был расположен) желудок, основным методом лечения является симптоматическая терапия. Симптоматическая терапия описывается в следующем разделе «Метастатический рак желудка».

**Симптоматическая терапия**

Цель симптоматической терапии заключается не в излечении рака, а в повышении качества жизни. Такую терапию также называют паллиативной. Она может помочь в решении многих проблем.

Симптоматическая терапия облегчает указанное далее.

- ✓ Лечение физических и эмоциональных симптомов.
- ✓ Принятие решений о лечении.
- ✓ Координацию лечения между поставщиками медицинских услуг.

Поговорите со своими врачами, чтобы составить план наиболее подходящей вам симптоматической терапии.

Справочная таблица 9. Последующее наблюдение и мониторинг на предмет рецидива рака желудка

Опухоли T1b, удаленные хирургическим путем

Последующее наблюдение	Как часто?
Осмотр и обновление анамнеза	Каждые 3–6 месяцев в течение 1–2 лет, каждые 6–12 месяцев в течение 3–5 лет, после чего ежегодно
Общий анализ крови и биохимический анализ крови	По мере необходимости, определяемой врачом
Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта	По мере необходимости, определяемой врачом
КТ органов грудной клетки, брюшной полости и таза	По мере необходимости, определяемой врачом
Мониторинг алиментарного здоровья, включая уровни витамина B12 и железа (если вы перенесли операцию)	Регулярно

Стадии 2 и 3

Последующее наблюдение	Как часто?
Осмотр и обновление анамнеза	Каждые 3–6 месяцев в течение 1–2 лет, каждые 6–12 месяцев в течение 3–5 лет, после чего ежегодно
Общий анализ крови и биохимический анализ крови	По мере необходимости, определяемой врачом
Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта (если вы перенесли частичную или субтотальную гастрэктомию)	По мере необходимости, определяемой врачом
КТ органов грудной клетки, брюшной полости и таза	Каждые 6–12 месяцев в течение первых 2 лет, затем ежегодно до 5 лет. Обследования по истечении 5 лет проводятся по мере необходимости, определяемой врачом
Мониторинг алиментарного здоровья, включая уровни витамина B12 и железа (если вы перенесли операцию)	Регулярно

Метастатический рак желудка

Если рак распространяется в отдаленные от желудка органы, он называется метастатическим. Как правило, метастатический рак желудка невозможно излечить полностью. Методы лечения метастатического заболевания основываются на вашем функциональном статусе, то есть способности выполнять повседневные задачи и действия. Врач оценит ваш функциональный статус по одной из двух описанных ниже систем.

Шкала Восточной объединенной онкологической группы (Eastern Cooperative Oncology Group, ECOG)

- 0 баллов означает, что пациент полностью активен.
- 1 балл означает, что пациент полностью справляется с самообслуживанием, но ему трудно выполнять тяжелую физическую работу.
- 2 балла означает, что пациент способен к самообслуживанию и большую часть времени бодрствования проводит не в постели, но никакую работу выполнять не может.
- 3 балла означает, что пациент не способен полностью справиться с самообслуживанием, не может выполнять никакую работу и большую часть времени бодрствования проводит в постели.
- 4 балла означает, что пациент полностью зависит от посторонней помощи.

Шкала Карновского для оценки общего состояния (Karnofsky Performance Status, KPS)

- Индекс от 0 до 49 означает, что пациент не способен себя обслуживать.
- Индекс от 50 до 79 означает, что пациент не может выполнять активную работу и частично нуждается в помощи.
- Индекс от 80 до 100 означает, что пациент способен выполнять свою обычную работу и привычные действия.

В [справочной таблице 10](#) перечислены методы лечения метастатических и других распространенных видов рака. Эти методы основываются на вашем функциональном статусе. Как правило, у людей с хорошим функциональным статусом больше

доступных вариантов лечения. Это связано с тем, что им легче переносить противоопухолевое лечение, которое может быть агрессивным.

Плохой функциональный статус

Если у вас 3 или 4 балла по шкале ECOG или индекс от 0 до 59 по шкале KPS, считается, что у вас плохой функциональный статус. Это значит, что химиотерапия скорее всего окажется для вас слишком тяжелой. Если вы не можете пройти лечение другими методами, оптимальным вариантом лечения метастатического заболевания будет симптоматическая терапия. Информация о симптоматической терапии приведена на странице 40.

Хороший функциональный статус

Если у вас 0, 1 или 2 бала по шкале ECOG или индекс от 60 до 100 по шкале KPS, считается, что у вас хороший функциональный статус. Это означает, что вам доступно больше одного варианта лечения рака.

Первые действия

Если вы еще не делали анализы на перечисленные ниже опухолевые маркеры, вам следует сделать их сейчас. Результаты анализов на эти маркеры будут использованы для определения подходящей для вас системной терапии.

- HER2.
- PD-L1.
- Микросателлитная нестабильность (МСН) или дефицит коррекционной репарации (ДКР).

Для людей с хорошим функциональным статусом доступны указанные далее методы лечения.

- Химиолучевая терапия.
- Системная терапия.
- Симптоматическая терапия

Каждый из этих методов более подробно описан ниже.

Химиолучевая терапия

Лечение с помощью сочетания облучения и химиотерапии может подойти людям с неоперабельным раком, которые ранее не проходили химиотерапию. Ниже перечислены схемы химиотерапии, рекомендованные

Справочная таблица 10. Варианты лечения метастатического рака желудка

Функциональный статус	Какие варианты лечения мне подходят?
0, 1 или 2 балла по шкале ECOG ИЛИ индекс от 60 до 100 по шкале KPS	<p>Вариант 1. Химиолучевая терапия (если вы ее еще не проходили и вам не подходит операция).</p> <p>Вариант 2. Системная терапия.</p> <p>Вариант 3. Симптоматическая терапия.</p>
3 или 4 балла по шкале ECOG ИЛИ индекс от 0 до 59 по шкале KPS	Симптоматическая терапия

экспертами NCCN для использования в комбинации с лучевой терапией.

- Фторурацил и оксалиплатин.
- Фторурацил и цисплатин.
- Фторпиримидин (фторурацил или капецитабин) и паклитаксел.

Системная терапия

Врачи используют термин «системная терапия», когда говорят о противоопухолевом лечении для всего организма. Самым известным типом системной терапии является химиотерапия. Эксперты NCCN рекомендуют начинать системную терапию с одной из схем, перечисленных в [справочной таблице 11](#). Эти схемы «первой линии» следует использовать первыми при распространенном раке, поскольку их эффективность наиболее вероятна.

Таргетная терапия — более новый тип системной терапии. Трастузумаб (Герцептин®) — препарат таргетной терапии, используемый для лечения распространенного рака желудка. Его следует включить в схему системной терапии первой линии, если у вашей опухоли слишком много рецепторов HER2, но при условии, что в схему не включен эписурабин (Элленс®).

Врач подберет для вас схему системной терапии, исходя из состояния вашего здоровья и побочных эффектов лечения. Схемы, состоящие из двух препаратов,

вызывают менее тяжелые побочные эффекты, чем схемы из трех препаратов. Если вам будут давать фторурацил (5-ФУ), для ослабления побочных эффектов химиотерапии могут добавить лейковорин. Вне зависимости от получаемой вами схемы терапии вас должны регулярно обследовать на предмет побочных эффектов.

В [справочной таблице 12](#) перечислены схемы терапии, используемые в тех случаях, когда рак не реагирует на схемы первой линии. Выбор оптимальной для вас схемы зависит от вашего функционального статуса и от того, какое лечение вы получали раньше.

Схемы, указанные как «предпочтительные» в справочных таблицах 11 и 12, продемонстрировали более высокую эффективность в отношении контроля роста опухолей в сравнении с другими методами лечения в надлежащим образом организованных клинических исследованиях.

Симптоматическая терапия

Симптоматическая терапия также доступна для людей с хорошим функциональным статусом и может применяться вместе с любым из описанных выше методов лечения. Более подробная информация о симптоматической терапии приведена на странице 40.

Справочная таблица 11. Схемы системной терапии, которые следует применять в первую очередь

Включенные в схему лекарственные препараты	
Предпочтительные схемы терапии	Фторпиримидин (фторурацил или капецитабин) и оксалиплатин
	Фторпиримидин (фторурацил или капецитабин) и цисплатин
Другие рекомендуемые схемы терапии	Паклитаксел с цисплатином или карбоплатином
	Доцетаксел с цисплатином
	Фторпиримидин (фторурацил или капецитабин)
	Доцетаксел
	Паклитаксел
	Фторурацил и иринотекан
	Доцетаксел, цисплатин и фторурацил
	Доцетаксел, оксалиплатин и фторурацил
	Доцетаксел, карбоплатин и фторурацил
	ЭЦФ (эпирубицин, цисплатин и фторурацил)
	Эпирубицин, оксалиплатин и фторурацил
	Эпирубицин, цисплатин и фторурацил
	Эпирубицин, оксалиплатин и капецитабин

Если у вашей опухоли слишком много рецепторов HER2, к химиотерапии первой линии следует добавить препарат таргетной терапии трастузумаб (Герцептин®). Но его не следует добавлять к схемам терапии, включающим эпирубицин (Элленс®).

Симптоматическая терапия

Цель симптоматической терапии заключается в предотвращении и облегчении дискомфорта, вызванного раком, его симптомами или лечением. Симптоматическая терапия также может продлить жизнь, улучшить ваше питание и общее самочувствие.

Люди с неметастатическим раком также получают симптоматическую терапию. Другие аспекты симптоматической терапии, такие как контроль симптомов, полезны для многих людей с любой стадией рака желудка. Ниже описаны основные симптомы, вызываемые раком желудка.

Справочная таблица 12. Если рак не реагирует на схемы терапии первой линии

Включенные в схему лекарственные препараты	
Предпочтительные схемы терапии	Рамуцирумаб и паклитаксел
	Доцетаксел
	Паклитаксел
	Иринотекан
	Трифлуридин и типирацил (для терапии третьей линии или последующей терапии)
	Фторурацил и иринотекан
	Пембролизумаб (для терапии второй линии или последующей терапии для опухолей с ВЧ-МСН или ДКР)
Другие рекомендуемые схемы терапии	Рамуцирумаб
	Иринотекан и цисплатин
	Пембролизумаб (для терапии третьей линии или последующей терапии у людей с биомаркером PD-L1)
	Доцетаксел и иринотекан

Кровотечение

Кровотечение — один из наиболее распространенных симптомов среди людей с раком желудка. Кровотечение может быть вызвано самой опухолью или ее лечением.

- Для остановки кровотечения может применяться эндоскопическое лечение. Несмотря на то, что эндоскопическое лечение может помочь на первых порах, кровотечения часто возникают снова через какое-то время. Для изучения эффективности эндоскопического лечения необходимы дополнительные исследования.
- Для перекрытия или блокировки кровеносных сосудов в тех ситуациях, когда эндоскопия не помогает или возникает кровотечение, может применяться эмболизация.
- Некоторые исследования подтверждают возможность применения дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) для контроля кровотечения. ДЛТ

останавливает как недавнюю, так и текущую потерю крови.

- Для снижения риска кровотечения могут прописывать ингибиторы протонной помпы. Но их эффективность не доказана. Необходимы дополнительные исследования.

Боль

Боль, вызванную раком желудка или его лечением, можно контролировать с помощью лучевой терапии, химиотерапии, обезболивающих препаратов и других методов.

Тошнота и рвота

Для борьбы с тошнотой и рвотой существуют лекарства и другие методы. Лечение этих симптомов основывается на том, вызваны ли они блокировкой пищеварительного канала опухолью. Более подробная информация приведена в следующем разделе «Желудочно-кишечная непроходимость».

Желудочно-кишечная непроходимость

Опухоль может заблокировать ваш желудок и кишечник, не позволяя пище и жидкости проходить по ним. Если ваш врач считает, что у вас возникла непроходимость (закупорка), вам понадобится пройти обследование. Возможно, вам введут эндоскоп через горло в желудок, чтобы врач смог посмотреть на него изнутри. Другой вариант — проглотить контрастный краситель при прохождении рентгеновского исследования. Рентгеновские лучи используются для просмотра видеоизображения внутренностей вашего желудка в реальном времени. Эта процедура называется рентгеноскопическим обследованием.

Основные цели ухода за пациентами с желудочной непроходимостью заключаются в облегчении тошноты и рвоты и по возможности возвращении к пероральному питанию.

Для ослабления или обхода непроходимости используются следующие методы.

- **Эндоскопия.** Эта процедура подразумевает установку тонкого металлического стента, пока пациент находится под действием успокоительных. Стент могут расположить в отверстии между пищеводом и желудком или в отверстии между желудком и тонким кишечником. Стент расширится в отверстии и останется в теле, чтобы обеспечить прохождение пищи.
- **Операция.** Операция под названием *обходной желудочный анастомоз* подразумевает установку длинной трубки через живот в тонкий кишечник. Это позволяет получать жидкую пищу непосредственно в тонкий кишечник. Некоторым пациентам может понадобиться операция для полного или частичного удаления желудка. Такая операция называется *гастрэктомией*.
- **Дистанционная лучевая терапия (ДЛТ).**
- **Химиотерапия.**

Если непроходимость невозможно ослабить или обойти, главная цель заключается в облегчении симптомов непроходимости с помощью *гастростомии*. При гастростомии через живот прямо в желудок вставляют трубку. Эту трубку можно использовать для введения жидкостей, жидкой пищи и лекарств. Она также позволяет воздуху и жидкости выходить из желудка.

Краткое содержание

- Одним из вариантов лечения начального рака желудка, который еще не распространился за пределы первого слоя стенки желудка, является эндоскопическая резекция.
- Если вы способны и готовы перенести операцию, для лечения начального рака желудка может также применяться гастрэктомия с лимфодиссекцией.
- Если опухоль желудка прорастает дальше первого слоя стенки желудка (слизистой оболочки), она называется местнорегионарным раком. Рак может затрагивать регионарные лимфатические узлы, но не отдаленные от желудка органы.
- Для лечения местнорегионарного рака желудка может применяться операция. Если вы способны перенести серьезную операцию с медицинской точки зрения, возможность ее проведения также зависит от расположения и распространенности опухоли.
- Если рак распространяется в отдаленные от желудка органы, он называется метастатическим. Как правило, метастатический рак желудка невозможно излечить полностью.
- Методы лечения метастатического рака желудка основываются на вашем функциональном статусе, то есть способности выполнять повседневные задачи и действия.

5

Ведение пациентов, перенесших рак

-
- 44 Терапевт

 - 44 Здоровые привычки

 - 45 Лечение долгосрочных
 побочных эффектов

 - 46 Краткое содержание



После завершения лечения у людей, перенесших рак желудка, остаются особые долгосрочные потребности. Ведение перенесших рак пациентов сосредоточено на решении физических, эмоциональных и финансовых проблем, уникальных для людей, перенесших рак желудка. Важными аспектами являются лечение долгосрочных побочных эффектов рака, поддержание связи с терапевтом и ведение здорового образа жизни.

Терапевт

По завершении противоопухолевого лечения ваш терапевт будет играть важную роль в вашем лечении. Врач-онколог и терапевт должны совместно обеспечить необходимое последующее наблюдение за вами. Онколог должен составить план ведения перенесшего рак пациента, который включает указанное далее.

- Сводную информацию обо всех связанных с раком видах терапии, которые вы перенесли, включая операции, химиотерапию и лучевую терапию.
- Описание отсроченных и долгосрочных побочных эффектов рака желудка и его лечения.
- Рекомендации по мониторингу на предмет рецидива рака.
- Информацию о том, когда ведение вас будет передано вашему терапевту. В плане также должны быть описаны конкретные обязанности вашего врача-онколога и вашего терапевта.
- Рекомендации касательно вашего общего состояния здоровья и самочувствия.

Знали ли вы?

Перенесшие рак пациенты, которым провели тотальную гастрэктомию, подвержены более высокому риску длительных проблем со здоровьем в сравнении с пациентами, перенесшими частичную гастрэктомию. Существуют методы борьбы с этими проблемами. Врач-онколог и терапевт могут вам помочь.

Здоровые привычки

После завершения лечения важно вести мониторинг на предмет рецидива рака. Но также важно уделять внимание и другим аспектам вашего здоровья. Ниже перечислены действия, которые вы можете предпринять для профилактики возникновения других проблем со здоровьем и повышения качества жизни.

- Пройдите обследование на другие виды рака. Ваш терапевт должен сказать вам, какие обследования для диагностики рака вам следует пройти на основании вашего пола, возраста и уровня риска.
- Пройдите другие медицинские процедуры, рекомендованные для вашего возраста и пола, такие как проверка артериального давления, анализы на гепатит С и вакцинация (например, прививка от гриппа).
- Старайтесь тренироваться с умеренной интенсивностью по меньшей мере 30 минут большинство дней недели.
- Питайтесь здоровой пищей с большим количеством растительных продуктов, включая овощи, фрукты и цельные злаки.

- Не пейте алкоголь или пейте его в небольших количествах. Это означает не более 1 порции алкоголя в день для женщин и не больше 2 порций в день для мужчин.
- Если вы курите, бросьте! Ваш врач сможет проконсультировать вас (или направить на консультацию) о том, как бросить курить.

Лечение долгосрочных побочных эффектов

Ниже описаны распространенные проблемы, с которыми сталкиваются пациенты, перенесшие рак желудка, и способы справиться с ними.

Потеря веса

Ваш врач должен регулярно отслеживать ваш вес, чтобы убедиться, что он остается в пределах нормы. Чтобы предотвратить потерю веса, стоит есть чаще, небольшими порциями, не запуская пищу.

Повышенная утомляемость

Активная жизнь может помочь уменьшить симптомы усталости и повышенной утомляемости. Но не забывайте, что важно знать свои пределы и отдыхать при необходимости.

Диарея

Облегчить диарею может прием противодиарейных препаратов и употребление большого количества клетчатки.

Вызванная химиотерапией невралгия

Для лечения невралгии, вызванной химиотерапией, можно принимать лекарство под названием «дулоксетин» (Симбалта®). Однако дулоксетин не устраняет онемение или покалывание.

Остеопения/остеопороз

Низкая плотность костей — еще один распространенный долгосрочный побочный эффект у пациентов, перенесших рак. Она вызывается недостатком витамина D, кальция, фосфора и других витаминов и минералов. Улучшить состояние костей может прием пищевых добавок с витамином D. Вам следует регулярно проверять плотность костей.

Рисунок 9.

Эксперты рекомендуют придерживаться здоровой диеты, в особенности с высоким содержанием растительных продуктов (овощей, фруктов и цельных злаков).



Рисунок 10.

Чтобы сохранить здоровье, важно уменьшить потребление алкоголя. Эксперты рекомендуют выпивать не более 1 порции алкоголя в день для женщин и не больше 2 порций в день для мужчин.



Расстройство пищеварения

У людей, перенесших рак желудка и гастрэктомию, часто возникает расстройство пищеварения. Старайтесь избегать продуктов, повышающих выработку кислоты, таких как цитрусовые фрукты, томатные соусы и острые блюда. Расстройство пищеварения может быть вызвано кофеином, мятой и шоколадом, поэтому их тоже следует по возможности избегать. Также могут помочь лекарства, называемые ингибиторами протонной помпы.

Дефицит питательных веществ

Длительная анемия, дефицит железа и дефицит витамина B12 — распространенные явления у пациентов, перенесших гастрэктомию для лечения рака желудка. Прием пищевых добавок с витамином B12 и железом — безопасный и эффективный способ восполнить недостаток этих веществ. При необходимости врач может направить вас к диетологу или специалисту по питанию для индивидуальной консультации.

Демпинг-синдром

У людей, перенесших тотальную гастрэктомию, может возникать побочный эффект, называемый демпинг-синдромом. Демпинг-синдром возникает, когда содержимое желудка слишком быстро «проваливается» в тонкий кишечник. Он может возникнуть вскоре после еды (ранний демпинг-синдром) или через 2–3 часа после еды (поздний демпинг-синдром).

Симптомы раннего демпинг-синдрома включают ощущение сердцебиения, диарею, тошноту и спазмы. Поздний демпинг-синдром, как правило, вызывает головокружение, голод, холодный пот и дурноту.

Для облегчения симптомов демпинг-синдрома эксперты NCCN рекомендуют есть часто в течение дня, не запивая пищу, и придерживаться диеты с высоким содержанием белка и клетчатки и низким содержанием углеводов и сахара.

Краткое содержание

- Ведение перенесших рак пациентов сосредоточено на решении физических, эмоциональных и финансовых проблем, уникальных для людей, перенесших рак желудка.
- После противоопухолевого лечения врач-онколог и терапевт должны совместно обеспечить необходимое последующее наблюдение за вами.
- План ведения перенесшего рак пациента поможет передать терапевту обязанности по вашему лечению.
- Здоровые привычки, включая физические нагрузки и правильное питание, играют важную роль в профилактике других заболеваний и рецидивов рака.
- Распространенные долгосрочные побочные эффекты, с которыми сталкиваются пациенты, перенесшие рак желудка, включают потерю веса, повышенную утомляемость, расстройства пищеварения и демпинг-синдром.

6

Принятие решений о лечении

- 48 Выбор за вами
- 48 Какие вопросы задать врачу
- 53 Взвешивая все за и против
- 54 Веб-сайты
- 54 Краткое содержание



Большинство людей испытывают потрясение, узнав о своем диагнозе. Пока вы привыкаете к мысли, что у вас рак, вам нужно будет многое узнать о методах диагностики и лечения. К тому же чувствуется, что на то, чтобы согласиться с планом лечения, у вас не так много времени. Цель этого раздела — помочь вам в принятии решений, соответствующих вашим убеждениям, предпочтениям и личным ценностям.

Выбор за вами

Люди отводят себе различные роли в выборе варианта лечения. Вам может показаться сложным принимать такие ответственные решения. Вам может быть тяжело слышать и воспринимать то, что вам говорят другие люди. Это может быть связано с тем, что вы испытываете сильный стресс. Способность принимать правильные решения может снизиться из-за эмоционального напряжения, боли и воздействия лекарств. Иногда бывает трудно принимать решения из-за того, что вы мало знаете о раке. Вы никогда раньше не слышали слов, которые используют врачи для описания болезни, методов диагностики и лечения. Вы также можете считать, что ваш выбор вряд ли будет лучше того, что предложат врачи.

Врачи предоставят вам информацию, необходимую для принятия обоснованного решения. Как правило, на ранних стадиях заболевания у пациентов есть много возможностей лечения. Приятно знать, что есть из чего выбирать.

Возможно, для вас будет проще всего позволить другим решать, что подходит вам лучше всего. Подумайте, кому бы вы хотели это поручить. Вы можете полностью доверить выбор правильных решений своим врачам. Однако, если доступны сразу несколько хороших вариантов, врачи зачастую не смогут сделать этот выбор за вас. Вы можете попросить помощи у своих близких. Они могут собрать нужную информацию, поговорить вместо вас с врачами и совместно с ними принять нужное решение. Даже если решение о выборе

предстоящего лечения примут за вас другие, вы все равно должны будете выразить свое согласие, подписав специальную форму.

С другой стороны Вы можете захотеть сделать выбор самостоятельно или активно участвовать в процессе принятия решения. Большинство пациентов поступают именно так. При совместном принятии решения вы обмениваетесь информацией со своими врачами, взвешиваете разные варианты и согласовываете план лечения. Врачи знают, на каких научных данных основан ваш план лечения, зато вы лучше знаете о своих проблемах и целях. В случае совместного участия в принятии решения вы, вероятно, сможете получить более качественную помощь и будете чувствовать большее удовлетворение. В этом случае велика вероятность, что вас будут лечить тем методом, который вы предпочитаете, в том лечебном учреждении, где вы хотите, и те врачи, которым вы больше доверяете.

Какие вопросы задать врачу

Скорее всего, в ходе лечения вам предстоит общаться с врачами, которые специализируются в самых разных областях медицины. Постарайтесь, чтобы каждая беседа оказалась полезной. Перед встречей с врачом подготовьте вопросы, а во время беседы спрашивайте, если вы не совсем понимаете, о чем говорит собеседник. Принесите с собой блокнот, чтобы делать пометки. Вы также можете вести записи по ходу беседы и взять у врача копии своих медицинских документов. Возможно, вы извлечете больше пользы из таких визитов, если придете вместе с членом семьи или кем-нибудь из друзей. На этих встречах может также присутствовать человек, представляющий ваши интересы как пациента, или медицинский координатор. Эти люди могут помочь вам задать нужные вопросы и запомнить все, что сказал врач. На следующих страницах приведены примерные вопросы, которые вы можете задать врачу.

Какие варианты лечения мне подходят?

Не существует единого варианта лечения, который идеально подходил бы всем пациенткам. Часто имеется выбор между несколькими вариантами лечения, наряду с возможностью участия в клинических исследованиях. Ваш врач проанализирует результаты обследований и порекомендует подходящие варианты.

1. Что будет, если ничего не предпринимать?
2. Можно ли мне просто регулярно наблюдаться для контроля за состоянием опухоли?
3. Сверяетесь ли вы с рекомендациями NCCN, когда рассматриваете подходящие варианты лечения?
4. Отличаются ли варианты, которые вы предлагаете, от рекомендаций NCCN? Если да, то почему? На чем основаны эти варианты?
5. Как влияют на выбор вариантов лечения мой возраст, состояние здоровья и другие факторы?
6. У какого из вариантов самая высокая доказанная эффективность?
7. Какие варианты пока недостаточно подтверждены научными данными?
8. Какие преимущества у каждого из вариантов? Есть ли варианты, которые позволяют рассчитывать на полное излечение? Есть ли среди этих вариантов такие которые дают мне больше шансов? Какой из этих вариантов позволяет максимально сохранить здоровые ткани? Есть ли менее инвазивный вариант? Есть ли такие, которые потребуют меньше времени? Меньше расходов?
9. Какие риски у каждого из вариантов? Какие могут возникнуть осложнения? Какие возможны редкие и частые побочные эффекты? Быстро проходящие и долго сохраняющиеся эффекты? Серьезные и легкие? Есть ли другие риски?
10. Как можно предотвратить или облегчить побочные эффекты лечения?
11. Какова вероятность, что болезнь вернется?

Взвешивая все за и против

Иногда очень трудно решить, какой вариант лучше. У врачей разных специальностей могут быть разные мнения относительно того, какой вариант будет лучше для вас. Это может привести в замешательство. Ваш супруг или партнер может не согласиться с тем вариантом, который предпочитаете вы. Это может вызвать стресс. В некоторых случаях нет убедительных доказательств, что один вариант лечения более эффективен, чем другой, поэтому научные данные тут не помогут. Ниже описаны несколько способов, которые помогают сделать этот выбор.

Второе мнение

Период времени, когда уже установлен диагноз рака, но еще не начато лечение, бывает очень тяжелым. Люди, заболевшие раком, обычно стремятся начать лечение как можно скорее. Им хочется избавиться от опухоли, пока болезнь не зашла далеко. Безусловно, рак нельзя игнорировать, но всегда есть время на то, чтобы хорошо все взвесить и выбрать тот вариант, который будет для вас наилучшим.

Вы можете захотеть показать результаты обследований другому врачу, чтобы он предложил вам свой план лечения. Такая процедура называется получением второго мнения. При этом вы можете полностью доверять своему врачу, но второе мнение о наилучшем варианте лечения может оказаться очень полезным.

Для этого вам нужно будет отправить копии патоморфологического заключения, диски с данными лучевой диагностики и другие результаты обследований тому врачу, который должен будет высказать второе мнение. Некоторым людям бывает неудобно просить копии медицинских документов у своего врача. Однако второе мнение — это обычная практика в онкологии.

Когда врачи заболевают раком, большинство из них обращается к нескольким специалистам, чтобы выбрать для себя вариант лечения. Более того, некоторые программы медицинского страхования предусматривают получение второго мнения. Если в вашу программу страхования не включена стоимость получения второго мнения, вы можете оплатить его самостоятельно.

Если оба мнения совпадут, вы будете меньше волноваться, принимая окончательное решение. Если специалисты разойдутся во мнениях, стоит подумать

о третьем мнении. Третье мнение может помочь вам сделать выбор между двумя вариантами. Выбор плана лечения рака - очень важное решение. От этого выбора могут зависеть продолжительность и качество вашей жизни.

Группы поддержки

Помимо разговора со специалистами здравоохранения вам может помочь обсуждение этих вопросов с другими пациентами, которые были в аналогичной ситуации. Группы поддержки обычно включают людей на разных этапах лечения. Некоторые из них только решают, какой вариант им выбрать, а у других лечение уже закончилось. В группах поддержки вы можете задать интересующие вас вопросы и узнать об опыте других пациентов с раком желудка.

Сравнение преимуществ и недостатков

У каждого варианта есть свои положительные и отрицательные стороны. Помните об этом, решая, какой вариант будет лучше. Обсуждение с другими людьми иногда помогает выявить те преимущества и недостатки, о которых вы даже не подозревали. Можно использовать систему баллов от 0 до 10, чтобы оценить каждый фактор, ведь некоторые факторы могут оказаться для вас более важными, чем другие.

Веб-сайты

American Cancer Society

www.cancer.org/cancer/stomachcancer/index

Фонд Debbie's Dream Foundation: Curing Stomach Cancer

www.DebbiesDream.org

Hope for Stomach Cancer

<https://stocan.org>

National Cancer Institute

www.cancer.gov/types/stomach

National Coalition for Cancer Survivorship

www.canceradvocacy.org/toolbox

NCCN

www.nccn.org/patients

No Stomach For Cancer

www.nostomachforcancer.org

Краткое содержание

- ▶ Совместное принятие решения — это процесс составления плана лечения, в котором вы участвуете вместе с врачами.
- ▶ Чрезвычайно важно, чтобы вы задавали врачам вопросы. Так вы сможете получить необходимую информацию для принятия обоснованных решений.
- ▶ Второе мнение, обсуждение в группах поддержки, сопоставление преимуществ и недостатков — все это может помочь вам в выборе наилучшего варианта лечения.



Пояснение терминов

Аденокарцинома

Рак клеток, которые образуют железы и вырабатывают слизь.

Биопсия

Извлечение небольшого количества ткани или жидкости для проведения анализа на наличие заболевания.

Брюшная полость

Область живота между грудной клеткой и тазом.

Гастроэнтеролог

Врач, который специализируется на заболеваниях органов пищеварения.

Гастрэктомия

Операция по удалению всего желудка или его части.

Дистанционная лучевая терапия (ДЛТ)

Вид лучевой терапии, при которой источник излучения находится вне тела пациента.

Еюностомическая питательная трубка (пищевой зонд)

Питательная трубка, которую вводят в тонкую кишку через разрез в стенке живота.

Клиническая стадия

Показатель, характеризующий размеры и распространенность опухоли на основании результатов обследований до начала лечения.

Клиническое исследование

Научное исследование метода диагностики или лечения с целью оценки его безопасности или эффективности.

Комплексный биохимический анализ крови

Панель анализов, которые позволяют получить информацию о состоянии здоровья и функционировании почек и печени. Обычно назначается в составе полного биохимического анализа крови (ПБАК).

Компьютерная томография (КТ)

Метод диагностики, позволяющий получать изображения частей тела с помощью рентгеновского излучения.

Контраст

Красящее вещество, которое вводят пациенту во время диагностического исследования, чтобы получить более четкие изображения.

Края резекции

Часть здоровой с виду ткани вокруг опухоли, удаленная во время операции.

Лапароскопия

Манипуляции с использованием тонкого инструмента, введенного через разрез в области живота.

Лимфа

Прозрачная жидкость, содержащая лейкоциты.

Лимфатические узлы

Небольшие органы, образованные клетками иммунной системы и расположенные по всему организму.

Лимфодиссекция

Тип хирургической операции, при которой удаляются определенные структуры, борющиеся с болезнями, называемые лимфатическими узлами.

Лучевая терапия

Применение излучения для лечения рака.

Малый таз

Область тела между тазовыми крестцами.

Мышечная оболочка

Третий слой стенки желудка, состоящий преимущественно из мышечной ткани.

Мышечная пластинка слизистой оболочки

Тонкий слой мышечной ткани в составе слизистой оболочки стенки желудка.

Общий анализ крови (ОАК)

Анализ на определение количества различных клеток крови.

Онколог

Специалист по применению противоопухолевых лекарственных препаратов.

Патоморфолог

Врач, который занимается исследованием клеток и тканей, чтобы установить наличие заболевания.

Патоморфологическая стадия

Показатель, характеризующий размеры и распространенность опухоли на основании результатов обследований после лечения.

Первичное лечение

Основной метод лечения, используемый для избавления от рака.

Пищеварительная система

Комплекс органов, в которых происходит расщепление съеденной пищи для усваивания организмом.

Пищевод

Трубчатый орган, соединяющий полость рта с желудком.

Пищеводно-желудочный переход (ПЖП)

Место соединения пищевода с желудком.

Подслизистая оболочка

Второй слой стенки желудка, состоящий преимущественно из соединительной ткани.

Позитронно-эмиссионная томография с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ)

Метод диагностики, позволяющий увидеть форму и функционирование внутренних органов с помощью введенного радиоактивного вещества и рентгеновских лучей.

Радиотерапевт

Врач, который занимается лечением рака с помощью облучения.

Рецептор фактора роста эндотелия сосудов (vascular endothelial growth factor receptor, VEGFR)

Молекула, которая связывается с клетками, образующими кровеносные сосуды.

рецептор-2 эпидермального фактора роста человека (HER2)

Белок на поверхности клетки, посылающий сигналы к началу роста.

Рецидив

Возвращение заболевания после лечения.

Серозная оболочка

Наружный слой стенки желудка, выделяющий смазывающую жидкость, благодаря которой желудок может свободно перемещаться относительно других внутренних органов. Другое название этой оболочки — висцеральная брюшина.

Симптоматическая терапия

Лечение, направленное на устранение симптомов заболевания.

Слизистая оболочка

Первый внутренний слой стенки желудка.

Собственная пластинка

Слой соединительной ткани в составе слизистой оболочки стенки желудка.

Стадия рака

Показатель, характеризующий размеры и распространенность опухоли.

Субсерозная оболочка

Тонкий слой соединительной ткани в составе стенки желудка.

Таргетная терапия

Применение препаратов, останавливающих процессы роста, характерные для опухолевых клеток.

Тонкая кишка

Пищеварительный орган, в котором происходит всасывание питательных веществ из съеденной пищи.

Тонкоигольная биопсия

Извлечение образца для анализа с помощью тонкой иглы.

Химиолучевая терапия

Метод лечения, сочетающий химиотерапию и лучевую терапию.

химиотерапия

Применение препаратов, которые прерывают жизненный цикл клеток, предотвращая их размножение.

Хирург-онколог

Хирург, специализирующийся на проведении хирургических процедур у больных раком.

Шкала Карновского для оценки общего состояния (Karnofsky Performance Status, KPS)

Шкала для оценки способности к повседневной деятельности.

Шкала оценки функционального статуса ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group — Восточная объединенная онкологическая группа)

Шкала для оценки способности к повседневной деятельности.

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

Метод диагностики, основанный на использовании тонкого инструмента, направляемого в пищевод и желудок через рот. Также называется эндоскопией верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Эндоскоп

Длинная тонкая трубка со специальными инструментами, которую вводят внутрь через рот пациента.

Эндоскопическая диссекция подслизистого слоя (ЭДПС)

Удаление опухолей на ранней стадии с помощью специального хирургического ножа, который вводится через горло.

Эндоскопическая резекция

Метод лечения, основанный на удалении опухолей на ранних стадиях с помощью инструмента, направляемого внутрь через рот.

Эндоскопическая резекция слизистой (ЭРС)

Удаление опухолей на ранних стадиях с помощью специального инструмента с петлей, направляемого внутрь через рот.

Эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭУЗИ)

Удаление опухолей на ранних стадиях с помощью специального инструмента с ножом, направляемого внутрь через рот.

Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Метод диагностики, основанный на использовании тонкого инструмента, направляемого в пищевод и желудок через рот. Другое название — эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС).

Эпителий

Ткань, выстилающая стенку желудка изнутри.

Соавторы NCCN

Настоящее руководство пациента составлено на основе клинических рекомендаций NCCN в области онкологии (NCCN Guidelines®), посвященных раку желудка. Оно было адаптировано, проверено и опубликовано при участии указанных далее людей.

Дороти А. Шед,
магистр наук,
директор отдела информации
для пациентов

Лаура Дж. Ханиш,
доктор психологии,
Составитель медицинских
текстов / специалист отдела
информации для пациентов

Эрин Видич,
магистр искусств,
Составитель медицинских
текстов

Таня Фишер, магистр
педагогике, магистр наук
в области библиотековедения
и науки об информации,
Составитель медицинских
текстов

Рейчел Кларк,
старший редактор
медицинских текстов

Ким Уильямс,
менеджер по творческим
услугам

Сьюзан Кидни,
специалист по графическому
дизайну

Клинические рекомендации NCCN в области онкологии (NCCN Guidelines®), посвященные раку желудка, версия 2.2019, были разработаны следующими членами экспертной группы NCCN:

Jaffer A. Ajani, MD/Chair
The University of Texas
MD Anderson Cancer Center

Thomas A. D'Amico, MD/Vice Chair
Duke Cancer Institute

David J. Bentrem, MD, MS
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University

Joseph Chao, MD
City of Hope National Medical Center

Carlos Corvera, MD
UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center

Prajnan Das, MD, MS, MPH
The University of Texas
MD Anderson Cancer Center

Crystal S. Denlinger, MD
Fox Chase Cancer Center

Peter C. Enzinger, MD
Dana-Farber/Brigham and Women's
Cancer Center

Paul Fanta, MD
UC San Diego Moores Cancer Center

Farhood Farjah, MD
Fred Hutchinson Cancer Research
Center/Seattle Cancer Care Alliance

Hans Gerdes, MD
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Michael Gibson, MD, PhD
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Robert E. Glasgow, MD
Huntsman Cancer Institute
at the University of Utah

James A. Hayman, MD, MBA
University of Michigan Rogel Cancer Center

Steven Hochwald, MD
Roswell Park Comprehensive
Cancer Center

Wayne L. Hofstetter, MD
The University of Texas
MD Anderson Cancer Center

David H. Ilson, MD, PhD
Memorial Sloan Kettering
Cancer Center

Dawn Jaroszewski, MD
Mayo Clinic Cancer Center

Kimberly L. Johung, MD, PhD
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

Rajesh N. Keswani, MD
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University

Lawrence R. Kleinberg, MD
The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center at Johns Hopkins

Stephen Leong, MD
University of Colorado Cancer Center

* Quan P. Ly, MD
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

* Kristina A. Matkowskyj, MD, PhD
University of Wisconsin
Carbone Cancer Center

Michael McNamara, MD
Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer Center
and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Mary F. Mulcahy, MD
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University

Ravi K. Paluri, MD, MPH
O'Neil Comprehensive Cancer Center at UAB

Haeseong Park, MD, MPH
Siteman Cancer Center at Barnes-
Jewish Hospital and Washington
University School of Medicine

Kyle A. Perry, MD
The Ohio State University Comprehensive
Cancer Center - James Cancer Hospital
and Solove Research Institute

Jose Pimiento, MD
Moffitt Cancer Center

George A. Poultsides, MD, MS
Stanford Cancer Institute

Robert Roses, MD
Abramson Cancer Center at the
University of Pennsylvania

Vivian E. Strong, MD
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Georgia Wiesner, MD
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

* Christopher G. Willett, MD
Duke Cancer Institute

Cameron D. Wright, MD
Massachusetts General Hospital
Cancer Center

Сотрудники NCCN

Nicole McMillan, MS
Guidelines Coordinator

Lenora A. Pluchino, PhD
Oncology Scientist/Medical Writer

* Редактирование данной брошюры для пациентов.

Порядок раскрытия информации описан на странице www.nccn.org/about/disclosure.aspx.

Онкологические центры в составе NCCN

Abramson Cancer Center
at the University of Pennsylvania
Philadelphia, Pennsylvania
800.789.7366
pennmedicine.org/cancer

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska
800.999.5465
nebraskamed.com/cancer

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer
Center and Cleveland Clinic Taussig
Cancer Institute
Cleveland, Ohio
800.641.2422 • UH Seidman Cancer Center
uhhospitals.org/services/cancer-services
866.223.8100 • CC Taussig Cancer Institute
my.clevelandclinic.org/departments/cancer
216.844.8797 • Case CCC
case.edu/cancer

City of Hope National Medical Center
Los Angeles, California
800.826.4673
cityofhope.org

Dana-Farber/Brigham and
Women's Cancer Center
Massachusetts General Hospital
Cancer Center
Boston, Massachusetts
877.332.4294
dfbwcc.org
massgeneral.org/cancer

Duke Cancer Institute
Durham, North Carolina
888.275.3853
dukecancerinstitute.org

Fox Chase Cancer Center
Philadelphia, Pennsylvania
888.369.2427
foxchase.org

Huntsman Cancer Institute
at the University of Utah
Salt Lake City, Utah
877.585.0303
huntsmancancer.org

Fred Hutchinson Cancer
Research Center/Seattle
Cancer Care Alliance
Seattle, Washington
206.288.7222 • seattlecca.org
206.667.5000 • fredhutch.org

The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center at Johns Hopkins
Baltimore, Maryland
410.955.8964
hopkinskimmeltcancercenter.org

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University
Chicago, Illinois
866.587.4322
cancer.northwestern.edu

Mayo Clinic Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota
800.446.2279 • Arizona
904.953.0853 • Florida
507.538.3270 • Minnesota
mayoclinic.org/cancercenter

Memorial Sloan Kettering
Cancer Center
New York, New York
800.525.2225
mskcc.org

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida
800.456.3434
moffitt.org

The Ohio State University
Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital and
Solove Research Institute
Columbus, Ohio
800.293.5066
cancer.osu.edu

O'Neal Comprehensive
Cancer Center at UAB
Birmingham, Alabama
800.822.0933
uab.edu/onealcancercenter

Roswell Park Comprehensive
Cancer Center
Buffalo, New York
877.275.7724
roswellpark.org

Siteman Cancer Center at Barnes-
Jewish Hospital and Washington
University School of Medicine
St. Louis, Missouri
800.600.3606
siteman.wustl.edu

St. Jude Children's Research Hospital
The University of Tennessee
Health Science Center
Memphis, Tennessee
888.226.4343 • stjude.org
901.683.0055 • westclinic.com

Stanford Cancer Institute
Stanford, California
877.668.7535
cancer.stanford.edu

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California
858.657.7000
cancer.ucsd.edu

UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California
800.689.8273
cancer.ucsf.edu

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado
720.848.0300
coloradocancercenter.org

University of Michigan
Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan
800.865.1125
rogelcancercenter.org

The University of Texas
MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas
800.392.1611
mdanderson.org

University of Wisconsin
Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin
608.265.1700
uwhealth.org/cancer

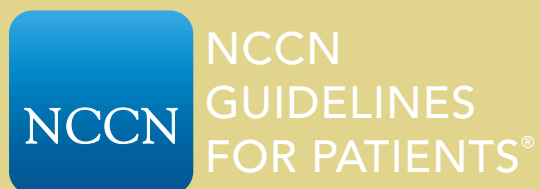
Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee
800.811.8480
vicc.org

Yale Cancer Center/
Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut
855.4.SMILOW
yalecancercenter.org

Указатель

- PD-L1** 12, 25, 38, 41
- Биопсия** 10–11
- Ведение перенесших рак пациентов** 44–46
- Гастрэктомия** 21–22, 26, 28–29, 36–37, 42, 44, 46
- Демпинг-синдром** 46
- Дефицит коррекционной репарации (ДКР)** 12, 27, 38, 41
- Клиническое исследование** 26, 39, 50
- Лимфодиссекция** 22, 28–29, 35, 42
- Микросателлитная нестабильность (МСН)** 12, 25, 38
- Наследственный диффузный рак желудка (НДРЖ)** 9
- Пигментная ксеродерма** 9
- Рецептор фактора роста эндотелия сосудов (VEGFR)** 25
- Рецептор-2 эпидермального фактора роста человека (HER2)** 12, 25, 38–40
- Семейный аденоматозный полипоз (САП)** 9
- Симптоматическая терапия** 31, 34, 35–36, 38–40
- Синдром Блума** 9
- Синдром Каудена** 9
- Синдром Ли — Фраумени** 9
- Синдром Линча** 9
- Синдром Пейтца — Егерса** 9
- Таргетная терапия** 12, 25–26, 39–40
- Функциональный статус** 38–39, 42
- Химиолучевая терапия** 11, 31–35, 38–39
- Эндоскопическая резекция** 11, 20, 26, 28–30, 42
- Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта** 10–11, 30, 36–37
- Ювенильный полипозный синдром** 9





Рак желудка

2019

NCCN Foundation® выражает глубокую благодарность своим правозащитным спонсорам: Debbie's Dream Foundation: Curing Stomach Cancer, Hope for Stomach Cancer и No Stomach for Cancer, а также оказавшей нам поддержку отраслевой компании Lilly and Company за помощь в публикации этого руководства для пациентов (NCCN Guidelines for Patients®). Разработку и распределение руководства для пациентов специалисты NCCN осуществляют самостоятельно. Поддержавшие нас компании не участвуют в разработке руководств NCCN для пациентов и не несут ответственности за содержание этого руководства и приведенные в нем рекомендации. Перевод на другие языки выполнен при поддержке компании Taiho Oncology, Inc.



National Comprehensive
Cancer Network®

3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
215.690.0300

NCCN.org/patients – Для пациентов | NCCN.org – Для врачей